

Nuovo governo, nuove regole

EDITORIALE



DIRITTI E DOVERI

► Vincenzo D'Anna*

L'Italia, è cosa risaputa, è il paese del paradosso. Spesso le vicende inclinano in un verso e successivamente nel verso opposto, una continua altalenante variazione sul tema. Tutti gli ambiti e le attività affidate alla pubblica amministrazione, nazionale oppure regionale, sono influenzati da norme e leggi che nel tempo determinano effetti contrastanti. La Sanità, ovvero l'organizzazione del sistema sanitario nazionale, non si sottrae a quest'evenienza, e la diversa efficienza del sistema sanitario nei diversi ambiti regionali n'è la conseguenza tangibile. In tema di modelli organizzativi siamo passati dalla centralizzazione statale all'autonomia regionale, da un sistema unico forzatamente imposto alle regioni, siamo passati alla più assoluta e discrezionale autonomia. Non è esagerato ritenere che in Italia esistano e coesistano diversi modelli organizzativi ed in sostanza diversi servizi sanitari. È pur vero che lo Stato garantisce identici Livelli Essenziali d'Assistenza, ovvero identiche prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini, ma è parimenti vero che la qualità delle prestazioni erogate ed il costo delle stesse è diverso da regione a regione. Una sperequazione ancor più evidente quando si confrontano il sistema a gestione statale con quello a gestione privata accreditata. Al Nord abbiamo strutture di grandi dimensioni a prevalenza pubblica, con accentrimento delle stesse nelle aree urbane con deficit di servizi nelle aree interne e rurali. Un contesto ove le strutture a gestione privata sono rare e marginali rispetto al contesto statale. Queste ultime attingono risorse dal privato-privato e

MODIFICATO IL DECRETO DI RIFORMA SANITARIA "BINDI"



ALL'INTERNO

LA CAMERA DEI DEPUTATI HA APPROVATO L'ORDINE DEL GIORNO IN MATERIA SANITARIA PROPOSTO DAI DEPUTATI DEL PDL LUIGI CESARO E GIOACCHINO ALFANO

sfruttano la maggiore ricchezza delle popolazioni che abitano il Centro-Nord d'Italia, più inclini al pagamento delle prestazioni, soprattutto quelle ambulatoriali per evitare liste d'attesa e disservizi. Si tratta, a ben vedere, di un servizio a due velocità, quello statale con alti costi di gestione riservato alla popolazione meno abbiente e quello privato con bassi costi di gestione retto dal privato-privato. Al Sud tutt'altra musica: strutture pubbliche meno efficienti e più costose ma distribuite pletoricamente in ambiti territoriali più vasti, strutture private molto pletoriche presenti capillarmente sul territorio in grado di fornire prestazioni a basso costo ed accessibili a tutti gli strati di una popolazione molto meno abbiente, abbarbicata al servizio sanitario che spesso funge da servizio sociale con una azione vicariante rispetto ad altre istituzioni sociali latitanti oppure assenti. In questo quadro ben vengano tutte le iniziative in grado di uniformare il modello organizzativo tra Nord e Sud e di migliorare sia

l'accesso alle prestazioni, sia i costi di gestione delle strutture. L'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private è un momento di parificazione e di riequilibrio del modello organizzativo esistente in Italia, una grand'opportunità da utilizzare per realizzare l'efficienza delle strutture, la qualità del servizio e l'efficacia delle prestazioni erogate al cittadino. Le strutture di laboratorio, e più in generale le strutture ambulatoriali pubbliche e private dovranno acquisire entro il 31/12/2009, nelle regioni con Piani di rientro dal debito, ed entro il 31/12/2010 nelle altre regioni, i requisiti per l'accreditamento istituzionale. Entro quei limiti temporali ciascuna struttura dovrà dimostrare di possedere i requisiti organizzativi, strutturali, strumentali e di personale indicati nelle leggi nazionali ed in quelle regionali. Lo stato con il Dpr.14/01/97 ha già fatto la sua parte indicando a tutte le regioni quali siano i requisiti minimi generali e quelli specifici per ciascuna branca

d'attività sanitaria che le strutture sanitarie dovranno possedere per ottenere il rilascio oppure il rinnovo del Decreto di Autorizzazione sindacale per l'esercizio delle attività ambulatoriali. Le regioni dovranno richiedere gli ulteriori requisiti organizzativi per l'accreditamento delle strutture, ovvero per ammettere le strutture autorizzate nell'ambito di quelle che possono fornire prestazione al Servizio sanitario.

Alle stesse regioni tocca il compito di definire gli Accordi contrattuali con le strutture accreditate, ovvero i limiti economici entro i quali è possibile erogare prestazioni. Federlab Italia si batte perché gli accordi contrattuali siano forieri di una corretta programmazione dei volumi di prestazioni erogabili con limiti di spesa per branca specialistica, superando l'anacronistico ed ingiusto metodo dei tetti di spesa in capo alle singole strutture. Intende battersi, inoltre, per criteri d'accreditamento che lascino alle strutture i tempi necessari per adeguarsi con requisiti organizzativi non particolarmente vessatori. Una battaglia per identici diritti che, presuppone necessariamente l'accettazione dei doveri. Nessuno s'illuda di poter vivacchiare ai margini della legalità con la speranza di realizzare il più tardi possibile l'adeguamento delle strutture ai requisiti di accreditamento. L'abbondanza delle strutture di laboratorio impone in alcune regioni anche adeguati Piani di Riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati.

Non ci piacciono le soluzioni ipotizzate ed imposte dal Ministero della Salute ma non ci piace, parimenti, l'idea che mai nessuno possa cambiare uno stato di cose ormai incompatibile con l'esigenza di razionalizzare il servizio e di contenere i costi anche sul versante privato accreditato. Il futuro non si aspetta, si prepara. Il futuro dei laboratori prevede il dover reclamare diritti ma, nello stesso tempo obbedire ai doveri.

*Presidente Federlab Italia



AVIS
CASALNUOVO

Via Benevento, 119 - Tel.: 081 522 80 70 - E-mail: info@aviscasalnuovo.it

**Il Centro raccolta AVIS
di Casalnuovo è aperto il
Lunedì - Giovedì - Venerdì
dalle ore 8.30 alle 12.00**

**Siamo presenti anche presso
il centro commerciale
"Le porte di Napoli" di Afragola.**

**Tutti
i giorni!!**



Il Governo approva i cambiamenti al Decreto Bindi introducendo nuovi criteri di calcolo

Normativa sulle tariffe, modificato il decreto

Le Regioni potranno individuare prestazioni da poter affidare a strutture accreditate

Il Governo approva modifiche al Decreto Bindi (D.Lgs 229/99).

L'articolo n. 79 modifica la normativa relativa alla determinazione delle tariffe ed abroga il D.M. 15.04.1994. Introduce nuovi criteri per individuare il modo di calcolo delle tariffe indicando, chiaramente, quali debbano essere le procedure per la determinazione delle tariffe. Il provvedimento introduce anche la possibilità che le Regioni possano individuare prestazioni o gruppi di prestazioni da poter affidare, tramite le Aziende Sanitarie competenti, a strutture o gruppi di professionisti accreditati. L'articolo n. 79 bis introduce, inoltre, nuovi criteri per il controllo di gestione nel settore sanitario ivi comprese le norme di verifica e controllo delle esenzioni dal ticket. L'esame del testo è stato affidato alla valutazione dell'Avv. Arturo Umberto Meo per un'analisi comparativa rispetto al vecchio

L'art. 79 bis introduce nuovi criteri per il controllo di gestione nel settore sanitario

testo di legge affinché possano essere rilevati eventuali aspetti lesivi e/o peggiorativi per la Categoria. Conversione in legge del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria. Andiamo a vedere



Qui sopra gli scranni dell'aula di Montecitorio
Qui a fianco l'ex ministro della Sanità Rosi Bindi

cosa prevede l'allegato 4 DL 112/08: Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria. C. 1386 Governo. Ulteriori Proposte emandative e nuove formulazioni del governo e dei relatori Dopo l'articolo 79, aggiungere il seguente: art. 79-bis. (Revisione normativa sistema tariffe e potenziamento degli strumenti di programmazione regionale). 1. All'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni sono apportate le seguenti modifiche: i) nel primo periodo le parole da: in base ai costi standard fino alla fine del periodo sono sostituite dalle seguenti: tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) co-

sti standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.; i) Il periodo «Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali» fino alla fine, è sostituito dal seguente: lo stesso de-

creto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e d'attività, verificati in sede d'accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli impor-

ti tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge è abrogato il Decreto ministeriale 15 aprile 1994 «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni d'assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera»; 2. All'articolo 1, comma 18, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui all'arti-

colo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici contratti di cui all'articolo 8-quinquies». 3. all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche: 1 comma 3, lettera b), dopo le parole: delle strutture al fabbisogno aggiungere le seguenti: , tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, è da conseguirsi da parte delle singole strutture sanitarie; 4. All'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche: al comma 2, le parole accordi con le strutture pubbliche ed equiparate sono sostituite dalle seguenti: accordi con le strutture pubbliche, comprese le aziende ospedaliere universitarie; comma 2, lett. b), dopo le parole: distinto per tipologia e modalità di assistenza è aggiunto il seguente periodo: Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati; dopo il comma 2-ter sono aggiunti i seguenti commi:) 2-quater. Le regioni stipulano accordi con

Il Governo approva i cambiamenti al Decreto Bindi introducendo nuovi criteri di calcolo

le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10 comma 2 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì contratti con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, comma 2, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, è finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si

Le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche



Qui sopra
la sede
della Camera
dei Deputati
a Montecitorio
Qui a fianco
una fase
della votazione
del decreto
legislativo
Bindi

cembre 2000, n. 388, il comma 2 è sostituito dal seguente: 2. Al fine di realizzare gli obiettivi di economicità nell'utilizzazione delle risorse e di verifica della qualità dell'assistenza erogata, secondo criteri di appropriatezza, le regioni assicurano, per ciascun soggetto erogatore, un controllo analitico annuo di almeno il 10 per cento delle cartelle cliniche e

delle cor-
rispon-
denti
schede di
dimissio-
ne, in
conformi-
tà a speci-
fici proto-
colli di
valutazio-
ne. L'in-
dividua-

zione delle cartelle e delle schede deve essere effettuata secondo criteri di campionamento rigorosamente casuali. Tali controlli sono estesi alla totalità delle cartelle cliniche per le prestazioni ad alto rischio d'inappropriatezza individuate dalle regioni tenuto conto di parametri definiti con decreto dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con il Mi-

nistero dell'economia e delle finanze. Dopo l'articolo 79, aggiungere il seguente: Art. 79-bis. (Potenzia-mento della strumen-tazione gestionale nel settore sanitario). Al fine di garantire il pieno rispetto degli obiettivi finanziari programmatici di cui all'articolo 79, comma 1: a) sono poten-ziati i procedimenti di verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla parteci-pazione del cittadi-no alla spesa sanita-ria per le prestazioni di specialistica am-bulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN). A tal fine, con decreto del Ministro dell'econ-omia e delle finan-ze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle

politiche sociali, da adottarsi entro il 30 settembre 2008, sono individuate le modali-tà con le quali l'Agenzia delle entra-te mette a disposizio-ne del SSN, tramite il Sistema Tessera Sanitaria, attuativo dell'articolo 50 del decreto-legge 30 set-tembre 2003, n. 269, convertito, con mo-dificazioni, dalla leg-ge 24 novembre 2003, n. 326 e suc-cessive modificazio-ni, le informazioni utili a consentire la verifica della sussistenza del diritto all'esenzione per reddi-to del cittadino in base ai livelli di red-dito di cui all'articolo 8, comma 16, della legge 24 dicembre 1993, n. 537 e suc-cessive modificazio-ni ed integrazioni,

individuando l'ulti-mo reddito complessi-vo del nucleo fami-liare, in quanto dis-ponibile al sistema informativo dell'ana-grafe tributaria. Per nucleo familiare s'intende quello pre-visto dall'articolo 1 del decreto del Mini-stro della Sanità, di concerto con il Mini-stro delle finanze, del 22 gennaio 1993; b) con il medesimo decreto di cui alla lettera a) sono defini-te le modalità con cui il cittadino è tenuto ad autocertifica-re presso l'azienda sanitaria di compe-tenza la sussistenza del diritto all'esen-zione per reddito in diffomità dalle pre-dette informazioni, prevedendo verifiche obbligatorie da parte delle aziende sanita-

rie delle informazio-ni rese dagli assistiti in contrasto con le informazioni rese dis-ponibili al SSN e, in caso di accertata di-chiarazione menda-ce, il recupero delle somme dovute dal-l'assistito, pena l'esclusione dello stesso dalla successi-va prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica am-bulatoriale a carico del SSN; c) per le re-gioni che, ai sensi dell'articolo 1, com-ma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive mo-dificazioni, hanno sottoscritto l'Accor-do per il perseguim-ento dell'equilibrio economico nel setto-re sanitario, una qua-ta delle risorse di cui all'articolo 20, della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, come rideterminato dall'ar-ticolo 83, comma 3, della legge 23 di-cembre 2000, n. 388 e dall'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 di-cembre 2006, n. 296 e successive modifi-cazioni, può essere destinata alla realiz-zazione di interventi diretti a garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello lo-cale, per consentirne la produzione siste-matica e l'interpreta-zione gestionale con-tinutiva, ai fini dello svolgimento delle attività di program-mazione e controllo regionale ed azienda-le, in attuazione dei piani di rientro. I predetti interventi devono garantire la coerenza e l'integra-zione con le metodo-logie definite nell'ambito SiVeAS, di cui all'articolo 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 e suc-cessive modificazio-ni, e con i modelli dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS).

L'art. 79 modifica la normativa relativa alla determinazione delle tariffe

Sanità, la Camera approva

L'ordine del giorno è stato proposto dai deputati Gioacchino Alfano e Luigi Cesaro (Pdl)

► di Pietro Napolitano

La vittoria ha cento padri, la sconfitta è sempre orfana. È questo un motto che ben si addice alla circostanza, quando parliamo di Nomenclatore Tariffario Ministeriale. Terminata la corsa di quanti si sbracciavano per rivendicare la primogenitura dell'annullamento del Nomenclatore Tariffario Ministeriale, ovvero, di avere sentenze emesse in epoca antecedente a quella identica attuata da Federlab Italia, i nostri "eroi" si sono assopiti. Nessuno, dicasi nessuno, ha provveduto a notificare la sentenza alle singole regioni per richiedere l'adozione di nuovi provvedimenti migliorativi in materia di tariffe di laboratorio. Ignari oppure colpevolmente incuranti del fatto che in molte regioni sono ancora vigenti tariffe di laboratorio identiche a, quelle annullate dal TAR Lazio, hanno ritenuto esaurito il proprio compito con la pronuncia d'annullamento del Tariffario Ministeriale senza invocare l'annullamento degli atti applicativi adottati dalle regioni. Federlab Italia in proposito ha notificato a tutte le regioni, la sentenza, corroborando poi il proprio intervento con una diffida e, ancora dopo, impugnando innanzi ai Tar regionali il silenzio rifiuto delle regioni affinché commissari ad acta fossero nominati per l'adozione per i nuovi Nomenclatori Tariffari. Analoga diffida è stata proposta al Ministero della Salute, affinché, adeguando le procedure per la rilevazione dei costi di produzione determini il nuovo Nomenclatore Tariffario Ministeriale. Tariffario Ministeriale che costituisce il valore massimo delle tariffe uti-



Terminata la corsa di quanti si sbracciavano per rivendicare la primogenitura dell'annullamento del Nomenclatore Tariffario Ministeriale

lizzate per remunerare le prestazioni sanitarie. Un limite di finanziamento alle regioni che, qualora intendano adottare tariffe più alte, devono attingere da proprie risorse economiche. Il direttore generale del Ministero dottor Filippo Palombo ha inviato a Federlab Italia opportuna nota che qui di seguito pubblichiamo o La

sostenuti laddove le tariffe adottate dalle Regioni medesime siano più alte di quelle indicate nel Decreto Ministeriale". Sono, pertanto, privi di validità, tutti gli atti adottati dalle Regioni che abbiano fissato tariffe di laboratorio identiche a quelle indicate dal citato D.M. 12.09.2006 ed aventi quale suppo-



nota Ministeriale precisa che l'annullamento del DM 12.09.2006 "fa venir meno la tariffa massima che lo Stato riconosce congrua per la remunerazione delle prestazioni di laboratorio e pone a carico dello Stato l'onere finanziario di riconoscere per intero alle Regioni i maggiori costi

stato i 1 mancato finanziamento da parte dello Stato della maggiore spesa derivante dal maggiore importo delle tariffe di laboratorio stabilite precedentemente in sede Regionale. Restano validi e vigenti i provvedimenti Regionali riguardanti, la definizione delle tariffe che non si sono uniformati alle tariffe indicate dal Ministero. Precisando che il nuovo Decreto Ministeriale per la

fissazione delle tariffe massime di remunerazione delle prestazioni di laboratorio sarà emanato entro la data del 31.12.2008 e, che nel frattempo sono vigenti tutti i Nomenclatori Tariffari regionali diversi da quelli Ministeriali. Si tratta di una ratifica, ancorché sofferta, dei Tariffari predisposti dalle regioni con oneri a carico dello Stato, derivanti dai maggiori costi dovuti a tariffe più elevate rispetto a quelle indicate nel Tariffario Ministeriale. È il caso di terminare affermando: meditate... meditate... su quanto pressapochismo vi è in giro.

NUOVE REGOLE PER TARIFFE Programmazione della spesa e contratto

Con una velocità immediata La Camera dei Deputati ha approvato l'Ordine del giorno proposto dai deputati on. Luigi Cesaro e on. Gioacchino Alfano (PDL) concernente indicazioni e specificazioni relative ai provvedimenti di modifica dell'art. 8 quater, 8 quinquies, 8 sexies del D. Lgs. 229/99 (Decreto di riforma sanitaria Bindi) previste nel D. L. di conversione del Decreto Legge n. 112 del 25.06.2008. È opportuno ricordare che le modifiche all'art. 8 riguardano. I criteri per la determinazione delle Tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie; La programmazione del fabbisogno sanitario; I contratti di erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private accreditate. I criteri per l'individuazione di una "soglia minima di efficienza" delle strutture sanitarie. L'Ordine del giorno approvato dalla Camera dei Deputati impegna il Governo ad attuare i provvedimenti, nonché ad introdurre ulteriori modifiche dell'art. 8 del D.Lgs. 229/99 affinché le citate norme di Legge garantiscano l'osservanza dei principi indicati

nell'Ordine del giorno approvato. In particolare: una migliore individuazione delle strutture pubbliche e private per la rilevazione dei costi standard di produzione per la determinazione delle Tariffe; L'introduzione del criterio dell'utile d'impresa quale ulteriore addendo per la determinazione di una Tariffa congrua. La determinazione dei Volumi di Prestazioni erogabili secondo il reale fabbisogno di prestazioni per la fissazione dei limiti di spesa (tetti di spesa) determinati per singola branca specialistica e non sul fatturato storico delle singole strutture. L'individuazione di criteri specifici per determinare la "soglia minima d'efficienza" delle strutture anche in base alle diverse realtà territoriali ed organizzative già presenti nelle singole Regioni. FederLab Italia, anche in nome delle Associazioni Regionali, manifesterà la piena soddisfazione per il risultato raggiunto e vigilerà che i successivi adempimenti siano posti in essere nel rispetto di quanto deliberato dalla Camera dei Deputati.

Dopo 15 anni tracciato il testo unico sulla sicurezza

Addio 626, ecco la nuova legge

L'elaborato semplifica procedure ed adempimenti e migliora alcune principali norme sulla tutela

► di Salvatore Rosolia*

Dopo circa quindici anni di discussioni, conferenze, seminari, proposte fatte sia dai governi di centro sinistra sia da quelli di centro destra si è arrivati finalmente a chiudere questo annoso problema di avere un unico testo sulla sicurezza sul lavoro.

L'elaborato da una parte semplifica alcune procedure ed adempimenti e dall'altra migliora alcune tra le principali norme sulla sicurezza.

Questo il documento di valutazione dei rischi (DVR)

1. La valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei

luoghi di lavoro, deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004, e quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri paesi.

2. Il documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a), redatto a conclusione della valutazione, deve avere data certa e contenere:

a) una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività



Anche un prelievo di sangue ad un paziente può determinare un rischio

tà lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;

b) l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati, a seguito della valutazione di cui all'arti-

colo 17, comma 1, lettera a);

c) il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza;

d) l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare nonché dei

ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;

e) l'indicazione del nominativo del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o di quello territoriale e del medico competente che ha partecipato alla valutazione del rischio;

f) l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

3. Il contenuto del documento di cui al comma 2 deve altresì rispettare le indicazioni previste dalle specifiche

norme sulla valutazione dei rischi contenute nei successivi titoli del presente decreto.

Modelli di organizzazione e di gestione (SGSL)

1. Il modello di organizzazione e di gestione idoneo ad avere efficacia esimente della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231, deve essere adottato ed efficacemente attuato, assicurando un sistema aziendale per l'adempimento di tutti gli obblighi giuridici relativi:

a) al rispetto degli standard tecnico-strutturali di legge relativi a attrezzature, impianti, luoghi di lavoro, agenti chimici, fisici e biologici;

b) alle attività di valuta-



guardare la campania con altri occhi



Dopo 15 anni tracciato il testo unico sulla sicurezza

zione dei rischi e di predisposizione delle misure di prevenzione e protezione conseguenti; c) alle attività di natura organizzativa, quali emergenze, primo soccorso, gestione degli appalti, riunioni periodiche di sicurezza, consultazioni dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza; d) alle attività di sorveglianza sanitaria; e) alle attività di informazione e formazione dei lavoratori; f) alle attività di vigilanza con riferimento al rispetto delle procedure e delle istruzioni di lavoro in sicurezza da parte dei lavoratori; g) alla acquisizione di documentazioni e certificazioni obbligatorie di legge; h) alle periodiche verifiche dell'applicazione e dell'efficacia delle procedure adottate.

2. Il modello organizzativo e gestionale di cui al comma 1 deve prevedere idonei sistemi di registrazione dell'avvenuta effettuazione delle attività.

3. Il modello organizzativo deve in ogni caso prevedere un'articolazione di funzioni che

assicuri le competenze tecniche dei poteri necessari per la verifica, valutazione, gestione e controllo del rischio, nonché un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

4. Il modello organizzativo deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate. Il SGSL è certificato dall'OHSAS 18001.

Sanzioni
Articolo 55
Sanzioni per il datore di lavoro e il dirigente

1. E' punito con l'arresto da quattro a otto mesi o con l'ammenda da 5.000 a 15.000 euro il datore di lavoro:

a) che omette la valutazione dei rischi e l'adozione del documento di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a) (la valutazione di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento previsto dall'articolo 28) ovvero che lo adotta in assenza degli elementi di cui alle lettere a), b),

d) ed f) dell'articolo 28 a) una relazione sulla valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute durante l'attività lavorativa, nella quale siano specificati i criteri adottati per la valutazione stessa;

d) l'individuazione delle procedure per l'attuazione delle misure da realizzare nonché dei ruoli dell'organizzazione aziendale che vi debbono provvedere, a cui devono essere assegnati unicamente soggetti in possesso di adeguate competenze e poteri;

b) l'indicazione delle misure di prevenzione e di protezione attuate e dei dispositivi di protezione individuali adottati, a seguito della valutazione di cui all'articolo 17, comma 1, lettera a);

f) l'individuazione delle mansioni che eventualmente espongono i lavoratori a rischi specifici che richiedono una riconosciuta capacità professionale, specifica esperienza, adeguata formazione e addestramento.

Il 29 luglio 2008, se non prorogato, scade il termine dei 90 giorni Per la emissione del

nuovo Documento di Valutazione del Rischio Conforme al disposto del D. Lgs. 81/2008 "Testo Unico" sicurezza sul lavoro

Chi ha applicato bene il D. Lgs. 626/94 e lo ha reso "vivo" ed inserito nella propria realtà organizzativa:

- Formalizzando le prassi lavorative

- Individuando compiti, responsabilità ed abilitazioni

- Predisponendosi ad un Sistema di Gestione per la Sicurezza ed Ambientale

Non risente delle innovazioni apportate dal testo unico poiché questo non è altro che la formalizzazione delle buone prassi provenienti dall'applicazione corretta della 626.

Tutte le aziende che nel recente passato hanno provveduto all'adempimento previsto dalla "626" procurandosi un "documento" a cui non hanno dato "concretezza" e che probabilmente non hanno mai letto Devono ottemperare subito.

La scadenza del 29 luglio è un obiettivo difficilmente raggiungibile a meno che non si adot-

ti un Documento "non conforme" al Testo Unico.

Che è di fatto paragonato dal legislatore ad un documento di valutazione del rischio non fatto e perseguito di conseguenza.

Il raggiungimento dell'adeguamento al Testo Unico per il 28 luglio 2008 è quindi molto difficile mentre è sufficiente se si attua la proroga al 1^a gennaio 2009.

Per rendere agevole e credibile il progetto occorre adottare degli standard operativi e degli obiettivi.

Gli standard completi di istruzioni e di modalità di trasmissione saranno disponibili all'indomani dell'adesione di ogni singola azienda

I tre punti da costruire sono:

1. Raccolta dati e compilazione modulistica standardizzata entro il 28 luglio anche quale prima fase per provvedere alla emissione del nuovo Documento dei Rischi entro il primo gennaio 2009.

2. Adesione al Progetto di informatizzazione SiInf realizzato in collaborazione con Sicurezza

zattiva di Luigi Spatuzzi e che prevede, partendo dal funzionamento cartaceo, la trasformazione e la meccanizzazione delle prescrizioni dei propri DVR (da generici a specifici) per rendere "vivo" e "conforme" il DVR.

3. Adesione al Progetto di Formazione Continua professionalizzante e di sicurezza gratuita e con erogazione di punteggio Ecm rivolto al personale dipendente e con il minimo coinvolgimento possibile per ogni azienda aderente. Per consentire a tutti di partecipare

Il Progetto Sicurezza ha la caratteristica della massima modularità possibile e del massimo coinvolgimento con le strutture per la sicurezza che intendete adottare per cui

Si può scegliere di aderire parzialmente al singolo progetto, secondo modalità da concordare: -redazione del Dvr; -adesione al sistema informatico "SicurezzaAttiva" -progetto di formazione continua.

*** Direttore sanitario**
Roas S.r.l.



FEDERLAB
Sindacato Laboratori
Campani



Sindacato Branche a Visita

confederati con

AISA

Associazione Italiana
Strutture Ambulatoriali
Radiologia e Medicina Nucleare

ANPRIC

Associazione Nazionale
Presidi Riabilitazione
Convenzionati



550

100

50

laboratori di analisi

centri di cardiologia

centri di radiologia e medicina nucleare

specialisti ambulatoriali e centri antidiabete

centri di riabilitazione ed FKT

STRUTTURE SANITARIE DI QUALITA'

ACCESSIBILI OVUNQUE, SENZA LISTE D'ATTESA

Via Santa Lucia, 20 - 80132 NAPOLI - Tel. 081 24 52 355 Fax 081 195 60 545 - www.federlab.com - federlabcampania@virgilio.it

Il Piano ricalca alla lettera lo schema elaborato dai tecnici del Ministero della salute

Ricorso Federlab, il Tar rinvia la discussione

Sulla riorganizzazione delle strutture accreditate il tribunale amministrativo del Lazio prende tempo

di Lello Santamaria

La Terza Sezione del TAR Lazio ha rinviato alla discussione di merito il ricorso proposto da FederLab Italia e della SAPIA avverso alla Deliberazione n. 1040 del 21.12.2007 avente ad oggetto: "Approvazione del Piano di riorganizzazione delle Strutture Accreditate che erogano prestazioni di laboratorio nella Regione Lazio, in attuazione del dispositivo dell'art. 1, comma 796 lettera O, legge finanziaria del 23 dicembre 2006, n. 296, come previsto dalla deliberazione Giunta regionale 12 giugno 2007, n. 218" adottata dalla Regione Lazio. L'udienza per la discussione di merito sarà fissata entro l'anno 2008.

Il TAR Lazio ha accolto la proposta di FederLab Italia di discutere nel merito la questione essendo il Piano di



Riorganizzazione della rete dei Laboratori materia complessa che deve essere necessariamente illustrata con la

dovuta dettagliata specificazione.

Giova ricordare che il piano di riorganizzazione della rete dei labora-

tori proposto dalla Regione Lazio ricalca pedissequamente lo schema elaborato e proposto dai Tecnici del Ministe-

ro della Salute a tutte le Regioni.

Il modello organizzativo Ministeriale prevede la trasformazione, automatica, dei Laboratori d'analisi in Centri Prelievo e la costituzione di strutture di laboratorio in grado di erogare da cinquecento mila ad un milione di prestazio-

comma 796 lettera o) Legge 296/06 (Finanziaria 2007) per la riorganizzazione della rete dei Laboratori ai fini dell'accertamento diagnostico, della maggiore automazione e del conseguenziale abbattimento delle tariffe per le prestazioni di Medicina di Laboratorio.

FederLab Italia avversa e contrasta nelle sedi giudiziarie ogni ipotesi di riorganizzazione della rete adottata dalle Regioni che s'ispiri allo schema proposto dal Ministero della Salute. Tuttavia si adopererà affinché si possano

adottare modelli di riorganizzazione della rete secondo percorsi condivisi con le Associazioni di Categoria tenendo conto delle specificità presenti in ciascuna Regione.

ni/anno.

E' il caso di sottolineare che ciascuna Regione può elaborare propri modelli organizzativi ancorché sia obbligatorio dare attuazione a quanto previsto dal

cremoso [di bufala]
una perla per il vostro palato.



trovate
tutti i nostri
prodotti
nei migliori
ristoranti
e nelle
migliori
gastronomie



**SAPORI
CAMPANI**

Via Circumvallazione, 48
81056 SPARANISE (CE)
tel. 0823 877441
saporicampari@virgilio.it
www.artebufala.135.it

APPETITI SPECULATORI

Nuove frontiere del laboratorio clinico diagnostico

La medicina di laboratorio si è evoluta al punto tale che oggi consente la formulazione di accertamenti prima impensabili

► di Giovanni Tringali*



La medicina di laboratorio si è evoluta al punto tale che oggi rappresenta una realtà multidisciplinare complessa in grado di consentire la formulazione di diagnosi prima impensabili. In tale complesso comparto operano biologi, microbiologi, chimici, biochimici, citologi, genetisti, patologi, immunologi e tante altre figure

professionali che purtroppo non sono remunerate come professionisti; le tariffe infatti non tengono conto della remunerazione professionale ma solo dei costi di produzione delle prestazioni; insomma, laboratorio uguale a numerificio. Per contro per ciò che attiene la responsabilità professionale ne rispondono pienamente. La medicina di laboratorio costituisce un potente strumento diagnostico che non trova affatto allocazione nel ruolo residuale d'industrializzazione dei parametri analitici nel quale tanti imprenditori vorrebbero collocarla

per fini prettamente speculativi: l'industria dei numeri! Chiariamoci subito le idee! Il laboratorio non può e non dev'essere trasformato in uno sterile stabilimento di produzione automatizzata e robotizzata di esami. Chi pensa che il dato analitico serva solo per far quattrini e null'altro non ha capito nulla della grande importanza che riveste la medicina di laboratorio sia in termini di efficacia diagnostica

che di risparmio di spesa sanitaria dato che il suo razionale utilizzo sta alla base della corretta gestione delle risorse economiche destinate al comparto. Se è vero che non tutte le patologie possono essere oggetto di diagnosi laboratoristica è altrettanto vero che per molte l'apporto del laboratorio clinico è assolutamente insostituibile. Recentemente mi è capitato di smentire una diagnosi di sclerosi multipla riformulandola

correttamente come sindrome di Hughes, meglio conosciuta come sindrome da anticorpi da antifosfolipidi (il soggetto era una ragazza di 25 anni!). Questo è uno delle centinaia di esempi che potrei fare. Oggi la proteomica mediante microarray consente un approccio molecolare delle allergopatie permettendo di valutare anche le cross - reattività ed estendere la ricerca a proteine allergizzanti che non vengono ricercate con la diagnostica degli estratti mediante prick. In tal modo oltre alle reazioni crociate si può valutare l'assunzione di alimenti

Se è vero che non tutte le patologie possono essere oggetto di diagnosi laboratoristica è altrettanto vero che per molte l'apporto del laboratorio clinico è assolutamente insostituibile

Datatec Informatica sas

Soluzioni Software per la Sanità

Prodotti

Laboratorio Analisi

Winlab

Accettazione

Prenotazione

Integrazione Analizzatori

Refertazione

Preventivi

Fatturazione

Personalizzazione Stampe

Cassa pagamenti / valuta

Fatturazione

Avvisi telematici sms

Recapito documenti via e.mail

Interconnessione Laboratori

Gestione Magazzino



Datatec Informatica sas

Via Gramsci, 69

66016 Guardiagrele (CH)

Tel. 0871 . 800535

Fax. 178 228 78 24

iocco@iocco.it

<http://www.iocco.it>



previa cottura perché, ad esempio, alcune proteine allergizzanti sono termolabili. Per contro, ad esempio, chi è allergico a proteine termostabili (come, ad esempio, l'ovomucoide contenuto nell'uovo di gallina) non può consumare l'alimento neanche dopo cottura. In pratica si è passati dall'allergologia degli estratti quella delle molecole che ci ha consentito di rivedere il forte impatto delle allergopatie sulla popolazione dato che, secondo statistiche dell'I.R.M.A. di Acireale, ha superato la soglia del 35% contro il 20% delle pregresse statistiche. Questo perché la proteomica allergologica ha spalancato le finestre su un mondo prima sconosciuto. Le ragioni di una simile incidenza di allergopatie sono da ricercare nei fattori predisponenti le allergopatie come il mancato allattamento al seno che non "educa" correttamente il network immunologico, l'eccesso di igiene personale che priva il sistema immunocompetente dei necessari stimoli fisiologici e l'esagerato consumo di alimenti contenenti additivi che hanno incrementato, oltre ogni ragionevole misura, la chimica dell'alimentazione. Oltre a tali fattori le ragioni dell'incremento delle allergopatie vanno ricercate nel miglioramento diagnostico delle tecniche analitiche, come ad esempio la tecnologia dei microarray, che ha consentito di diagnosticare molte allergopatie rispetto ai classici metodi permettendoci di costituire nel meridione d'Italia un riferimento nella diagnostica allergologica avanzata. Se si vuole che il laboratorio clinico possa essere funzionale alla diagnosi occorre tenere il passo con il progresso scientifico e tecnologico; tuttavia non possiamo sottacere il pericolo rappresentato dall'industrializzazione che punta al raggiungimento di economie di scala prioritarie rispetto alla vera mission del moderno laboratorio clinico-diagnostico. In qualità di ricercatore nel compar-

to della medicina di laboratorio condivido pienamente la posizione del collega D'Anna presidente della FEDERLAB che critica a ragione veduta l'incombente pericolo rappresentato dalle multinazionali delle analisi che vedono nell'attività di laboratorio clinico solo profitti e mera speculazione. Tuttavia, sono convinto che di pari passo all'aggiornamento dei laboratoristi dev'esserci anche l'aggiornamento dei medici di medicina generale dato che una giusta diagnosi formulata per tempo evita rilevanti costi sociali e disagi agli assistiti del Servizio Sanitario. In pratica da tempo (per la precisione circa trent'anni fa) mi sono accorto che non vi è alcun dialogo tra il laboratorista ed il clinico ... due mondi separati che mortificano il laboratorista e che rendono il medico di medicina generale una sorta di superficiale "tutologo" che inficia l'esaltante progresso scientifico che ha visto nell'ultimo decennio rivoluzionare il ruolo del laboratorio clinico. Devo confessare che pur espletando l'attività professionale a tempo pieno non riesco a tenere il passo con il veloce progredire delle conoscenze nel comparto della biologia molecolare ... come potrebbe un medico di medicina generale conoscere a fondo la medicina di laboratorio? Occorre quindi cominciare a valorizzare il ruolo dei professionisti che operano nel moderno laboratorio clinico al fine di utilizzare appropriatamente questa grande risorsa. Per esempio tra le varie forme di allergie le pollinosi rappresentano oggi un rilevante problema sociale in termini di costi sanitari e di perdita

di giornate di lavoro senza contare la scadente qualità di vita che affligge chi è affetto ad allergie ambientali. La giusta diagnosi e l'appropriata terapia sono quindi importanti per ciò che attiene la corretta gestione di questa patologia a carattere sociale. Molte reazioni allergiche ad alimenti e farmaci ma soprattutto agli additivi sono difficili da diagnosticare a meno che non si ricorra a centri specializzati che utilizzano la flussocitometria; innovativa tecnica che evidenzia i marcatori di attivazione cellulare come ad esempio il CD63 (marcatore di degranulazione dei basofili) ed il CD203c marca-

possono avere pericolose e subdole sensibilizzazioni diagnostiche che all'assunzione del farmaco risultano negative alla prova in vivo mandando il malcapitato immediatamente al pronto soccorso. Alla stessa stregua la diagnosi delle orticarie autoimmuni è resa agevole dalla flussocitometria che consente di evidenziare la presenza di autoanticorpi anti IgE e anti recettori delle IgE. Per alcuni soggetti sono ad esempio pericolose le arachidi come si può diagnosticare una pericolosa sensibilizzazione ai bisolfiti? Semplicemente con la flussocitometria. Ricordiamoci che i bisolfiti sono contenuti anche in molti farmaci iniettabili (Plasil, Bentelan, ecc. Purtroppo sono molti i farmaci che conten-

zione a farmaci ed eccipienti. In conclusione le istituzioni non possono sottacere i progressi del laboratorio clinico ed il ruolo dei professionisti che operano in tale comparto occorre quindi la rideterminazione di un nuovo tariffario nazionale che, alleggerito di decine e decine di esami obsoleti fonte di sprechi, tenga conto oltre ai costi di produzione delle prestazioni anche della equa e legiti-

del laboratorio clinico impongono un coordinamento stretto tra le istituzioni ed i professionisti del settore al fine di evitare che un comparto complesso e importante come il laboratorio clinico diagnostico cada nelle reti mercificatorie di avventurieri speculatori. Pubblico privato stessi diritti stessi doveri e soprattutto il privato prenda coscienza che non si possono pretendere diritti senza i corrispettivi doveri ed il pubblico consapevolezza che la capillarizzazione del servizio a costi fino a nove volte inferiori a quelli del pubblico la può garantire solo il privato accreditato...oltretutto senza alcun costo d'investimento e di gestione per il pubblico. Le nuove frontiere del

La giusta diagnosi e l'appropriata terapia sono quindi importanti per ciò che attiene la corretta gestione di questa patologia a carattere sociale



Vincenzo D'Anna, presidente della Federlab, Federazione Nazionale dei Laboratori



tore di attivazione prevalentemente correlato alla via membrana associata. Non si dimentichi per nelle reazioni avverse a farmaci non sono come quelle delle semplici aeroallergie ma talora comprendono gravi forme di anafilassi sistemiche che possono compromettere la stessa vita del paziente. Eppure ancora oggi in molti ospedali si effettuano i test in vivo senza contare che oltre al pericolo di una farmacoanafilassi si

gono conservanti e coloranti ed è paradossale se si considera che molti coloranti come la serie dei gialli (E102, E104, E110) o di altri tipi come l'indigocarminio (E132), contenuto addirittura anche nel Viagra, possono causare pericolose reazioni sistemiche. E' paradossale altresì che antiasmatici contengano anche bisolfiti! Tuttavia oggi la medicina di laboratorio consente di potere porre diagnosi di sensibilizza-

timia remunerazione professionale e dei costi diretti ed indiretti che il professionista deve sostenere per garantire una medicina di laboratorio aggiornata, efficiente ed efficace. Mi auguro che la FEDERLAB possa adeguatamente far sentire la sua autorevole voce nelle sedi istituzionali dato che nessuno meglio dei rappresentanti di questa associazione professionale conoscono le problematiche del comparto. Le nuove frontiere

laboratorio impongono non solo una revisione globale dell'intero sistema ma anche un importante cambiamento di mentalità da parte dei professionisti che operano nel comparto siano essi pubblici o privati. D'altra parte la Sanità non è né del pubblico né del privato ma del cittadino che oltretutto paga per avere il servizio.

*Direttore scientifico Istituto Ricerca Medica e Ambientale

Strutture private accreditate, una risorsa da valorizzare

Alcune di esse forniscono anche contributi alla ricerca scientifica

► di Giovanni Tringali



Stime recenti indicano che circa 18 milioni di persone nel mondo sono affette da demenza. In Italia i dementi sono circa 700.000 e ogni anno si riscontrano 150.000 nuovi casi tra soggetti di età superiore a 65 anni con un'incidenza media dell'1,25% tra la popolazione generale. La malattia di Alzheimer rappresenta la causa più importante di decadimento mentale in età senile. Nel 50% dei casi di demenza sopra i 65 anni sottoposti a riscontro autistico, infatti, viene formulata questa diagnosi.

L'I.R.M.A., un istituto clinico-diagnostico siciliano accreditato con il Servizio Sanitario, ha partecipato ad una ricerca sull'Alzheimer che è stata pubblicata sulla rivista internazionale "Journal of Neurology". Lo studio è stato effettuato da ricercatori dell'OASI "Maria SS Assunta" di Troina, della Facoltà di Medicina di Vandoeuvre lès Nancy (Francia), del dipartimento di Medicina Interna e Geriatria di Roma e dell'IRMA - Istituto Ricerca Medica e Ambientale di Acireale (Catania). Oggetto della ricerca sono quattro geni, riconosciuti essere coinvolti nella malattia di Alzheimer, siti sui cromosomi 1, 14, 19 e 21; rispettivamente; la presenilina 2,;

la presenilina 1, la lipoproteina ApoE, deputata al trasporto di colesterolo e fosfolipidi, e la proteina precursore dell'amiloide APP (Amyloid Protein Pre-cursor, APP). La sostanza amiloide, componente essenziale delle placche senili, è una proteina, chiamata BetaA4, che deriva dalla proteolisi di un precursore di dimensioni molecolari maggiori. Dei summenzionati geni sono note numerose mutazioni genetiche (alcune decine per la sola presenilina 1). Il ge-

Numerosi studi, condotti su pazienti affetti da Alzheimer, hanno portato ad identificare la variante epsilon 4 come la più presente nella popolazione dei malati, inducendo ad identificare nell'ApoE epsilon 4 un fattore di rischio nello sviluppo della malattia

ne dell'ApoE è altamente polimorfo e ne vengono descritte tre diverse forme, definite epsilon 2, 3 e 4. Numerosi studi, condotti su pazienti affetti da Alzheimer, hanno

la più presente nella popolazione dei malati, inducendo ad identificare nell'ApoE epsilon 4 un fattore di rischio nello sviluppo della malattia (anche se, è bene precisarlo, può essere presente anche in soggetti normali). Al contrario la variante epsilon 2 costituisce un

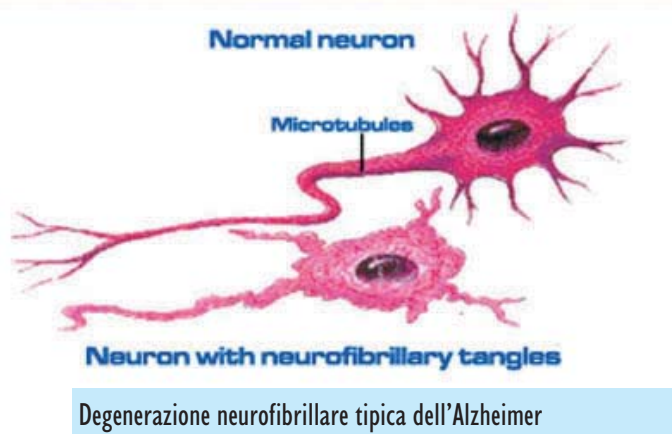
un primo passo per la redazione di un protocollo di valutazione del rischio Alzheimer che comunque oggi non è ancora possibile applicare in quanto, tra l'altro, la malattia non si può prevenire né, tanto meno, curare. Lo studio ha anche dimostrato che talora i labora-

contributo concreto alla ricerca scientifica. Occorre quindi valorizzare le strutture private accreditate di alta tecnologia che erogano servizi di qualità e trasformare l'attuale penalizzante e disincentivante sistema sanitario in un comparto dove chi merita dev'essere premiato e non come oggi accade "punito" con penalizzanti tetti di spesa che, oltre ad essere incostituzionali e limitativi del diritto di libera scelta del cittadino, fanno di tutto per disincentivare i privati ad investire nel comparto. Sfatiamo, una volta per tutte, lo stereotipo culturale che i laboratori clinici accreditati sono una palla al piede della

nanziamento pubblico si mantiene un comparto che capillarizza i servizi sul territorio, sostiene a proprio carico un indotto di decine di migliaia di posti di lavoro e che talora riesce anche a distinguersi nella ricerca scientifica.

Ai Colleghi ed ai Politici un'esortazione: occorre una cooperazione stretta affinché si possano emanare atti concreti di efficace ed efficiente programmazione sanitaria che abbiano una reale ricaduta positiva sul sistema; se ci si affida agli stereotipi culturali (per altro fasulli) si rischia di far precipitare la Sanità in un pericoloso baratro dove, più che le esigenze di salute dei cittadini, contano solo bilanci e budget e va anche a farsi benedire la Carta Costituzionale italiana che sancisce il diritto alla Salute come priorità assoluta della persona umana. Invece, ancora oggi dopo tanti anni, non si vuole tagliare una voce che appesantisce i bilanci e che, alla lunga, rischia di compromettere la funzionalità dell'intero sistema sanitario: gli sprechi. Peraltro ogni buon amministratore che si definisca tale farebbe questo. Non è facile! Ce ne rendiamo conto. Occorre la volontà politica ed il coraggio di riportare alla normalità un sistema deviato; occorre coraggio perché in tale capitolo di spesa sono comprese le clientele ed i favoritismi e si sa, i politici non compiono mai atti impopolari. Una cosa è certa: nel capitolo di spesa degli sprechi non solo non rientrano i laboratori privati accreditati ma essi costituiscono una risorsa da valorizzare se davvero si ha la volontà politica di ridurre razionalmente la spesa sanitaria.

Infatti, tale comparto è uno dei pochissimi dove si realizzano rilevanti risparmi di spesa sanitaria.



portato ad identificare la variante epsilon 4 come

PSEN1, PSEN2, APP e ApoE potrebbe costituire

tori clinici di eccellenza riescono a fornire un

Sanità; si prenda invece atto che senza alcun fi-

Età	Prevalenza della malattia di Alzheimer
60-64 anni	1,0%
65-69 anni	1,4%
70-74 anni	4,1%
75-79 anni	5,7%
80-84 anni	13,0%
85-89 anni	21,6%
90-94 anni	32,2%



Uniformare il novero dei requisiti alle strutture di laboratorio su piano nazionale **Accreditamento, Federlab redige un manuale**

La guida fornisce elementi chiari che vanno oltre la specificità degli adempimenti previsti dalla normativa della Regione Campania

► di Salvatore Cortese

FederLab Campania ha redatto un apposito manuale inerente alle procedure richieste per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture ambulatoriali pubbliche e private.

Il manuale fornisce elementi di riflessione e di chiarimento che vanno oltre la specificità degli adempimenti previsti dalla normativa della Regione Campania.

Ciascuna Regione ha adottato specifici percorsi d'accreditamento e tuttavia esistono in tali percorsi linee comuni e similitudini concettuali che rendono interessante la lettura del Manuale redatto dal dottor Salvatore Cortese, Dirigente di FederLab Campania.

Uno dei principali scopi di FederLab Italia è di uniformare sul piano Nazionale il novero dei requisiti alle strut-

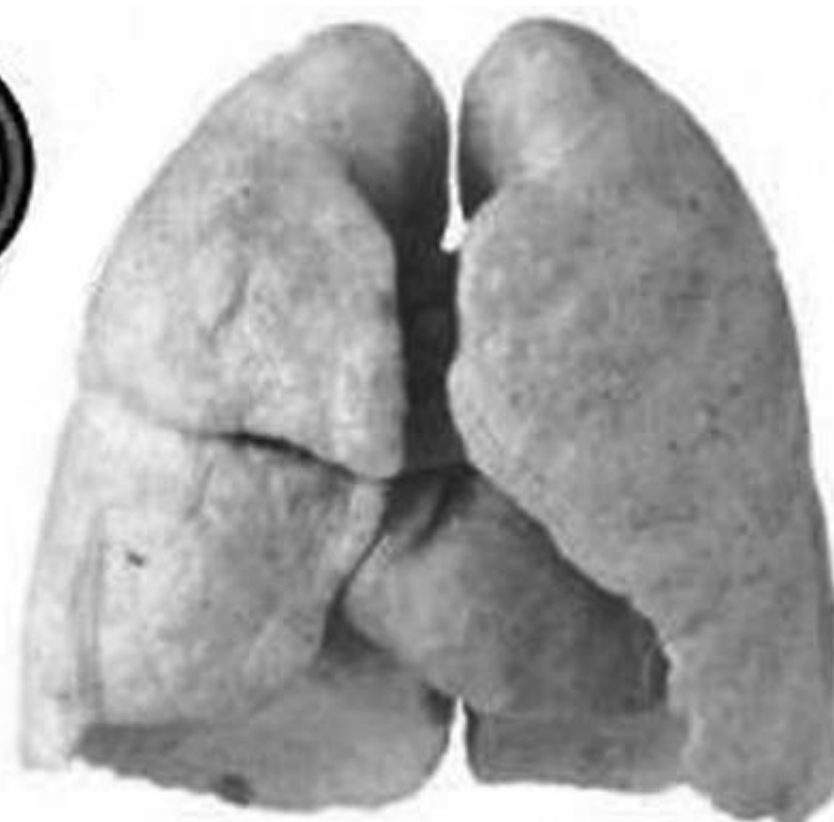
ture di Laboratorio, anche al fine di superare le profonde diversità oggi esistenti nei diversi ambiti Regionali. La lettura del Manuale può facilitare la comprensione dei futuri processi e contribuire alla creazione di un comune orizzonte culturale.

Tutto quanto sopra evidenziato s'informato tutte le strutture aderenti a FederLab Italia che è possibile ricevere gratuitamente il Manuale per l'Accreditamento delle Strutture Ambulatoriali inviando apposita richiesta alla segreteria di FederLab Campania al seguente indirizzo di posta elettronica oppure per mezzo fax 081.19560545 indicando:

Nominativo della Struttura, Indirizzo completo (Via, numero civico, CAP, Città e Provincia), Referente della struttura e recapito telefonico.



fumatore



non fumatore

IL PIANO SI LIMITA ALLA RILEVAZIONE DELL'ASSETTO TERRITORIALE

Riorganizzazione rete laboratori, arriva l'ok della Giunta regionale

► di Raffaele Balletta

Nella seduta del giorno 11 luglio scorso la Giunta Regionale della Campania ha approvato il Piano di fattibilità per la riorganizzazione della Medicina di Laboratorio nella Regione Campania. Il documento, già approvato il 30 gennaio scorso dalla Commissione insediata presso il Ministero della Salute.

Il Piano di riorganizzazione, per la parte che riguarda i laboratori privati accreditati, si limita alla rilevazione dell'assetto territoriale delle strutture medesime, e non contempla l'assunzione dei provvedimenti così come indicati nello schema tipo di riorganizzazione della rete dei laboratori elaborato dal Ministero della Salute. Giova in proposito ri-



cordare che lo schema ministeriale prevede il forzoso accorpamento dei laboratori pubblici e privati accreditati con la trasformazione di questi ultimi in Centri Prelievo da asservire ai laboratori di grandi dimensioni con volumi minimi d'attività da cinquecento mila ad un milione di prestazioni/anno. Il documento rinvia a

successivi provvedimenti la riorganizzazione della rete dei laboratori privati, atteso che il Regolamento n. 1 del 22.06.2007 (Regolamento per l'accreditamento Istituzionale delle Strutture Ambulatoriali) già prevede la facoltà per le strutture di laboratorio di poter costituire Associazioni d'Impresa e/o Consorzi laddove sussista

un esubero di strutture rispetto alla programmazione territoriale delle organizzazioni medesime, secondo indicatori oggettivi quali i bacini d'utenza.

Il documento rileva, inoltre, come la metodologia di programmazione della spesa secondo la programmazione dei volumi di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa per branca spe-

cialistica, nonché il rispetto dei limiti d'attività previsti nello schema contrattuale sottoscritto dalle strutture ivi compresa l'applicazione di una regressione tariffaria per il recupero delle eccedenze erogate, abbiano indotto un sostanziale rispetto degli obiettivi di risparmio e dei tetti di spesa determinati per la branca di laboratorio.

Il rispetto dei limiti di spesa e l'efficienza del meccanismo di controllo della spesa medesima ha indotto la Regione Campania a non aderire alle proposte Ministeriali.



federlab
ITALIA

DIRETTORE RESPONSABILE
RAFFAELE BALLETTA
direttore.giornale@federlabitalia.com

DIREZIONE, REDAZIONE,
AMMINISTRAZIONE
Via Del Corso, 42 - 00186 ROMA
Tel. e Fax 06 32651139
redazione@federlabitalia.com

EDITORE
FEDERLAB ITALIA
www.federlabitalia.com
info@federlabitalia.com

STAMPA
Grafic Processing SRL
Via Galileo Ferraris, 146 Napoli

GRAFICA E IMPAGINAZIONE
pepperanuco & B
SPARTNERS

VIA MULINI MILITARI, 32 - 81100 CASERTA
TEL. 0823 1701481

TESTATA REGISTRATA PRESSO
IL TRIBUNALE DI S. MARIA C.V.
n. 697 in data 13/11/2007

DISTRIBUZIONE
ABBONAMENTO POSTALE

CONCESSIONARIA
PUBBLICITARIA
RB COMUNICAZIONE
Via Appia, 447 - S. Maria a Vico (CE)
Tel. 0823 41 23 43 - Fax 0823 17 60 170
info@rbcom.it
commerciale@federlabitalia.com

RESPONSABILE
DEL TRATTAMENTO DATI
(D.lgs 196/2003):
Raffaele Balletta



A TAVOLA
PERDONEREI
CHIUNQUE,
ANCHE
I MIEI
PARENTI
(O. WILDE)

**IL GIARDINO
DELLE ESPERIDI**

L'ECCellenza DEL GUSTO

VIA ACQUASALSA - POMPEI (NA) - TEL 081 85 02 130 - PRESSO L'USCITA AUTOSTRADA POMPEI - SCAFATI



UNA NUOVA STAGIONE. '08'09



Sabato 25 [ore 21.00] **e Domenica 26 Ottobre** [ore 18.30]
Teatro Franco Parenti
GIORGIO ALBERTAZZI - LUCIANA SAVIGNANO
LA FORMA DELL INCOMPIUTO
coreografie di Susanna Beltrami - regia di Andrée Ruth Shammah

Venerd 21 [ore 21.00 Turno A] **e Domenica 23 Novembre** [ore 18.30 Turno B]
Sabato 22 Novembre [ore 21.00] **fuori abbonamento**
Teatro Sistina - Titanus
BIANCA GUACCERO - MICHELE CARFORA
POVERI MA BELLI
Commedia musicale di Massimiliano Bruno - Edoardo Falcone
musiche di Gianni Togni - regia di Massimo Ranieri

Sabato 6 [ore 21.00] **e Domenica 7 Dicembre** [ore 18.30]
Teatro Eliseo
LEO GULLOTTA
IL PIACERE DELL ONEST,
di Luigi Pirandello - regia di Fabio Grossi

Sabato 13 [ore 21.00] **e Domenica 14 Dicembre** [ore 18.30]
Promo Music
MONI OVADIA
OYLEM GOYLEM
di Moni Ovadia e con Moni Ovadia Stage Orchestra
regia di Moni Ovadia

Sabato 20 [ore 21.00] **e Domenica 21 Dicembre** [ore 18.30]
Ballandi Entertainment s.p.a.
FLAVIO INSINNA
SENZA SWING
di Giampiero Solari e Flavio Insinna - regia di Giampiero Solari

Sabato 10 [ore 21.00] **e Domenica 11 Gennaio** [ore 18.30]
Teatro la Classique diretto da Elik Melikov
BALLETTO DI MOSCA
IL LAGO DEI CIGNI
Musiche P. I. Ciaikovskij - coreografia Alexander Vorotnikov
con l'Orchestra del Conservatorio "D. Cimarosa" di Avellino

Marted 27 e Mercoled 28 Gennaio [ore 21.00]
KHORA TEATRO s.r.l.
ALESSANDRO PREZIOSI
AMLETO
di W. Shakespeare - regia di Armando Pugliese

Sabato 7 [ore 21.00] **e Domenica 8 Febbraio** [ore 18.30]
Compagnia Argentina Roberto Herrera
ROBERTO HERRERA
TANGO
musiche di Astor Piazzolla, Osvaldo Pugliese e Julio Decaro

Sabato 14 [ore 21.00] **e Domenica 15 Febbraio** [ore 18.30]
Compagnia Pan Art
KATIA RICCIARELLI
GLORIOSA
di Peter Quilter - regia di Enrico Maria Lamanna

Sabato 21 [ore 21.00] **e Domenica 22 Febbraio** [ore 18.30]
Istituzione Teatro "Carlo Gesualdo"
e Conservatorio "Domenico Cimarosa"
LA LOCANDIERA
di Pietro Auletta - opera buffa in due atti
Orchestra del Conservatorio di Avellino - direttore Carmelo Columbro

Marted 10 e Mercoled 11 Marzo [ore 21.00]
Zocotoco s.r.l.
LUCA ZINGARETTI legge

LA SIRENA
dal racconto Lighea di Giuseppe Tomasi di Lampedusa
drammaturgia e regia di Luca Zingaretti

Sabato 14 [ore 21.00] **e Domenica 15 Marzo** [ore 18.30]
Compagnia Mauri - Stumo
GLAUCO MAURI - ROBERTO STURNO
FAUST
di J. W. Goethe - traduzione di Dario Del Corno
regia di Glauco Mauri

Sabato 21 [ore 21.00] **e Domenica 22 Marzo** [ore 18.30]
Compagnia Gli Ipocriti
ISA DANIELI
MADRE CORAGGIO
di Bertolt Brecht - rielaborazione testo Antonio Tarantino
regia di Cristina Pezzoli - drammaturgia Antonio Tarantino

Luned 6 e Marted 7 Aprile [ore 21.00]
Società per Attori
ALESSANDRO GASSMAN
LA PAROLA AI GIURATI
(twelve angry men) - di Reginald Rose - regia di Alessandro Gassman

Venerd 17 [ore 21.00 Turno A] **e Domenica 19 Aprile** [ore 18.30 Turno B]
Sabato 18 Aprile [ore 17.00 - ore 21.00] **fuori abbonamento**
Compagnia Della Rancia
DISNEY HIGH SCHOOL MUSICAL
Lo Spettacolo
tratto dal film di Disney - regia di Saverio Marconi
regia associata Federico Bellone

ABBONAMENTO A 15 SPETTACOLI

RASSEGNA TEATRO CIVILE

Marted 13 Gennaio [ore 21.00]
Teatro Stabile della Sardegna - Teatro Eliseo
PAOLO BONACELLI - LORENZO AMATO
ALDO MORO,
UNA TRAGEDIA ITALIANA
di Corrado Augias e Vladimiro Polchi
regia Giorgio Ferrara

Gioved 26 Febbraio [ore 21.00]
Mercadante Teatro Stabile di Napoli
GOMORRA
adattamento teatrale
di Roberto Saviano e Mario Gelardi
regia Mario Gelardi

Marted 24 Marzo [ore 21.00]
Nuovo Teatro
MARCO BALIANI
LA NOTTE DELLE LUCCIOLE
di Roberto Andò e Marco Baliani
da L. Sciascia e P. Pasolini
drammaturgia e regia di Roberto Andò

PREZZI ABBONAMENTO 15 SPETTACOLI		PREZZI BIGLIETTI		INFO
Platea intero	€ 300,00	Platea intero	€ 30,00	La vendita degli abbonamenti per i vecchi abbonati avrà inizio venerdì 4 luglio con diritto di prelazione fino a sabato 26 luglio (esclusi i festivi). La vendita per i nuovi abbonati inizierà martedì 29 luglio e terminerà sabato 25 ottobre. Da martedì 14 ottobre si potranno acquistare i biglietti per le singole rappresentazioni. Orario Spettacoli: feriali ore 21.00 - festivi ore 18.30 Biglietteria Teatro Piazza Castello Martedì Sabato - ore 10.00 13.00 • 17.00 20.00 - info 0825 756403 www.teatrocarlogesualdo.eu - gesualdobiglietteria@libero.it
Associazioni Culturali e Cral	€ 285,00	Under 26	€ 22,00	
Over 65	€ 275,00	Galleria intero	€ 22,00	
Under 26	€ 205,00	Under 26	€ 15,00	
Galleria intero	€ 225,00	Tutti i sottoscrittori dell'abbonamento a 15 spettacoli possono acquistare l'abbonamento della rassegna "TeatroCivile" al prezzo agevolato di € 20,00		
Associazioni Culturali e Cral	€ 195,00			
Over 65	€ 185,00			
Under 26	€ 120,00			

Il sistema organizzativo delle strutture sanitarie sul modello anglosassone

Formazione e clinical governance

L'obiettivo era quello di tenere sotto controllo i costi, gli scarti di produzione, la razionalizzazione del personale

► di Claudia Dello Iacovo



Il criterio d'organizzazione delle strutture sanitarie denominato Clinical Governance nasce da un modello di gestione della Sanità anglosassone, che letteralmente è tradotta in "governo clinico, anche se la traduzione concettuale è "governo sanitario".

Tale sistema organizzativo ha radici in quel giapponese degli anni "Sessanta, definito "Company Wide Quality Control" (CWQC), esportato poi in Occidente e denominato "Total Quality Management (TQM)".

Alla base del modello organizzativo, di "Qualità Totale" c'è il coinvolgimento attivo del personale interessato in tutta la catena dei processi produttivi, dalla gestione delle materie prime fino all'imballaggio del prodotto finito, in cui i principali strumenti utilizzati sono l'istituzione dei circoli della qualità, il controllo statistico e la formazione continua del personale.

L'obiettivo era quello di te-

nere sotto controllo i costi, gli scarti di produzione, la razionalizzazione del personale, eccetera, in pratica rendere i processi più efficaci e meno costosi.

Bisogna aspettare gli anni "Novanta" per veder approdare anche nel vecchio Continente la "Clinical Governance", è l'Inghilterra ad avere le prime modalità organizzative del controllo totale della qualità. A seguito dei risultati corretti in termini di miglioramento delle prestazioni sanitarie, riduzione delle liste d'attesa, dei costi ecc., il modello è stato esportato nei paesi comunitari, compreso l'Italia. Il Governo Clinico del Servizio Sanitario Nazionale britannico, è stato attuato con l'istituzione nel 1999 del Clinical Governance Support Team (Gruppo di Supporto per la Clinical Governance) in aiuto dei Trust (le aziende che gestiscono le strutture sanitarie). Il gruppo di supporto aveva l'obiettivo di "facilitare l'offerta d'assistenza sanitaria d'alta qualità, sicura e centrata sul paziente, nonché responsabile, sistematica e sostenibile".

Con l'attuazione di tale strumento di governo delle attività sanitarie, i Trust hanno determinato miglioramenti indicativi nell'assistenza sanitaria, con un'apprezzabile riduzione dei costi.

Un passaggio obbligato nell'attuazione della Clinical

Governance, è stato quello di sanare il divario che in passato ha caratterizzato lo schema d'organizzazione sanitaria tra i medici, a cui si chiedeva competenza clinica e gli amministratori ai quali si chiedevano capacità gestionali ed organizzative. Il modello di Clinical Governance avvicina molto il medico al manager, crea un ponte solido tra chi deve gestire e chi ha competenze sanitarie. L'applicazione della clinical governance in

versi; la formazione continua attiva, multidisciplinare e interprofessionale; l'attenzione alle esigenze degli operatori, ai disagi, alle incomprensioni, alle difficoltà relazionali, eccetera.

E' ormai opinione generale che per una buona clinical governance bisogna puntare sulle risorse umane, essenziali per garantire la qualità delle prestazioni.

Un elemento indispensabile ed innovativo nella Clinical Governance, è la formazio-

di affiancamento prima di essere completamente integrati nella struttura.

Un periodo d'affiancamento riguarda anche chi è destinato a svolgere nuove mansioni, diverse da quelle normalmente svolte.

E' necessario definire formalmente (procedure scritte) come sono svolte le attività di valutazione, abbinamento e qualifica del personale, e le modalità di registrazione, atte a dare evidenza della formazione e delle competenze acquisite.

Inoltre, è indispensabile tenere aggiornati i curricula vitae del personale ed integrarli con gli attestati delle attività di formazione.

Ciò al fine di salvaguardare sia la formazione tecnico-specialistica, sia la conoscenza dei criteri e delle procedure del sistema organizzativo interno, compresa la sensibilizzazione dei concetti di Clinical Governance, d'umanizzazione, di politica e obiettivi elaborati dalla direzione (Risk Management). Per gli addestramenti esterni è necessario registrare l'evento, e archiviare copia dell'attestato di partecipazione o superamento dell'esame.

Per tutte le forme d'addestramento al termine è necessario verificare le competenze acquisite. In conclusione la formazione continua rappresenta uno dei più validi strumenti di cambiamento e di sviluppo delle strutture.



Dopo l'addestramento è necessario verificare le competenze acquisite

un laboratorio d'analisi cliniche è assicurata dallo svolgimento di una serie di attività, tra cui: il miglioramento delle attività clinico-assistenziali, organizzative, gestionali, di ricerca e formazione; la verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti; l'identificazione delle possibili cause di rischi clinici e di eventi av-

ne del nuovo professionista sanitario, che dovrebbe essere anche "biosociale" oltre che biomedico, centrato sul paziente e non solo sulla malattia (umanizzare la sanità).

A tal fine, il personale già operativo deve seguire un iter d'addestramento periodico, mentre i nuovi assunti devono seguire un periodo





IPERTENSIONE, STOP ALLE CARNI ROSSE RICCHE DI FERRO

Dagli Usa nuova diagnostica per il diabete

Nel Michigan costruito uno strumento ottico capace di individuare nell'occhio il danno tissutale della malattia

GENETICA, SCOPERTO GENE “CONTRACCETTIVO” BLOCCA OVULAZIONE

MONTREAL -Trovato un gene che, se spento, blocca l'ovulazione e che potrebbe divenire la base per nuovi contraccettivi mirati e con minori effetti collaterali. La scoperta si deve a Bruce Murphy, Direttore del Centro di Ricerca Animale della Facoltà di Medicina Veterinaria e docente di ginecologia dell'Università di Montreal. Condotta tra Canada e Francia all'Università Louis Pasteur, di Strasburgo e pubblicato sulla rivista Genes and Development, lo studio ha scoperto la funzione di Lrh1, gene già noto ma di cui non si sapeva il ruolo. Gli esperti hanno creato topolini transgenici in cui Lrh1 può essere spento o acceso a piacimento dai ricercatori. Spegnendo Lrh1 l'ovulazione si blocca. "Il gene Lrh1 ha un ruolo essenziale, quindi, nel regolare l'ovulazione, abbiamo scoperto che regola vari meccanismi dell'ovulazione e influenza anche la fertilità", ha detto Murphy. "Possiamo intravedere la possibilità di creare nuovi contraccettivi mirati che blocchino l'ovulazione in modo selettivo, senza gli effetti collaterali dei contraccettivi ormonali". Inoltre, conclude l'esperto, Lrh1 potrebbe servire al contrario anche per stimolare, accendendo il gene, la fertilità femminile.

*** *** DIAGNOSTICARE IL DIABETE CON UNA FOTO AGLI OCCHI? OGGI SI PUO'



Oggi è possibile diagnosticare il diabete prima del concludersi della malattia

MICHIGAN - Messo a punto un nuovo metodo diagnostico che in pochi minuti permette di individuare molto precocemente segni di diabete negli occhi dei pazienti e bloccare sul nascere eventuali complicazioni oculistiche. Lo annunciano i ricercatori dell'University of Michigan Kellogg Eye Center hanno costruito uno strumento ottico capace di individuare nell'occhio dei pazienti lo stress metabolico e il danno tissutale causato dal diabete molto prima che i primi sintomi della patologia si mostrino rendendola diagnosticabile. La retina viene fotografata dal macchinario in 5 minuti con una tecnica assolutamente non-invasiva che ha non pochi vantaggi rispetto al test della glicemia, tuttora ritenuto il test diagnostico di riferimento per diagnosticare il diabete.

*** *** MALATI CRONICI, ECCO L'ATTEGGIAMENTO PSICOLOGICO GIUSTO

LONDRA - La qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche e l'efficienza delle cure sono spesso fortemente condizionate dall'atteggiamento del pa-

ziente. Una malattia cronica può minare alla base la fiducia e la speranza nella vita dei pazienti; una revisione sistematica pubblicata sull'ultimo numero della rivista The Lancet sottolinea quali, a giudicare dalle ricerche pubblicate negli ultimi anni, debbano essere le condizioni psicologiche in cui i pazienti auspicabilmente si dovrebbero trovare. Per promuovere e rendere possibili dei miglioramenti fisici è necessario che si attuino, secondo la revisione, quattro percorsi fondamentali: 1. Conservare la lucidità mentale il più a lungo possibile. 2. Conoscere ed esprimere le emozioni in modo da poter avere il più possibile il controllo sulla propria vita. 3. Cercare di impegnarsi nel prendersi cura di se stessi riducendo allo stretto necessario l'assistenza di cui si ha bisogno. 4. Cercare di concentrarsi sugli aspetti positivi della propria vita.

*** *** IPERTESI, ATTENTI ALLE CARNI ROSSE



Carni rosse a rischio per chi soffre di ipertensione

LONDRA - Le carni rosse, molto ricche di ferro, sono un alimento che i soggetti affetti da ipertensione devono mangiare con moderazione. Lo ha dimostrato una ricerca pubblicata sull'ultimo numero della rivista British Medical Journal.

L'apporto di ferro è fondamentale nella dieta. Soprattutto nel corso dello sviluppo i bambini vengono nutriti con alimenti (in particolare carni rosse e fegato) che lo contengono.

Anche per le donne, che ogni mese con il ciclo perdono quantità significative di questo minerale, è consigliabile mangiare la carne rossa. Il ferro è una componente essenziale dell'emoglobina, la proteina che veicola l'ossigeno nel sangue.

Un basso livello di ferro influisce in modo molto negativo su alcune azioni quotidiane come la capacità di concentrarsi; primi sintomi della carenza di ferro sono stanchezza e spossatezza.

Data l'importanza di questo elemento, intorno agli anni ottanta fu proposta l'ipotesi "iron-heart": la concentrazione di ferro poteva avere un ruolo nella salute cardiovascolare. L'ipotesi fu avanzata proprio perché tra le donne non in menopausa e gli uomini, a parità di età, il sistema cardiocircolatorio del gentil sesso era più sano. Forse anche la concentrazione di ferro più bassa rispetto a quella degli uomini poteva giocare un ruolo.

Negli anni si è dimostrato, e lo ribadisce anche quest'ultima ricerca, che un elevato apporto di ferro (causato per esempio da una dieta eccessivamente ricca in carni rosse) può essere una concausa dell'aumento dei valori pressori.

*** *** AIDS, IN AFRICA IL GENE DARC AUMENTA IL RISCHIO DI CONTRARRE IL VIRUS

USA - Trovato un gene frequentissimo nelle persone di origine africana che aumenta il rischio di contrarre l'Hiv ma ne rallenta il decorso. Secondo la rivista Cell Host and Microbe, il gene DARC è presente nel Dna del 90% degli africani e protegge da una forma di malaria. Il rischio di Hiv aumenta del 40% ma DARC rallenta il decorso della malattia di 2 anni. Significa che DARC è responsabile dell'11% dei casi di infezione di Hiv in Africa. Gli esperti hanno seguito per 22 anni 1.200 persone.



*** *** SCOPERTO MECCANISMO DELL'ATASSIA

TRIESTE - Ricercatori di Trieste hanno scoperto i meccanismi dell'insorgenza dell'ataxia di Friedreich, una malattia genetica ereditaria. La ricerca, pubblicata sull'American Journal of Human Genetics, è stata svolta al Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologia. Gli scienziati, partendo dal fatto che l'ataxia -la quale danneggia progressivamente il sistema nervoso- è causata dalla mutazione di un gene, hanno individuato le anomalie molecolari che ne derivano.

*** *** RICERCA, ACCORDO ITALIA- ISRAELE

ROMA - E' stato presentato il progetto 'Remici', un accordo fra l'Istituto di Ricerca italiano Biogem e due società israeliane, Amdocs e Emoze. L'intesa prevede lo sviluppo di sistemi robotizzati e altamente automatizzati nel settore della biomedica e biogenetica utilizzati per la sperimentazione sugli animali. Presenti alla firma dell'intesa anche l'ambasciatore israeliano Gideon Meir e il sottosegretario agli Esteri, (con delega per il Medio Oriente), Stefania Craxi.

*** *** GENETICA, TROVATO GENE SONNO

PHILADELPHIA - Trovato nel moscerino della frutta il gene del sonno: quando è difettoso, questo gene rende l'insetto completamente insonne. La scoperta, di Amita Sehgal dell'istituto Howard Hughes Medical di Philadelphia, è pubblicata dall'ultimo numero della rivista Science. Secondo gli esperti, questo gene, battezzano "senza sonno", potrebbe avere un ruolo centrale nel controllo del bisogno di dormire.

A nighttime photograph of a large, ornate, light-colored building with multiple balconies and arched windows. In the foreground, a large fountain with several water jets is illuminated. The scene is set against a dark night sky. The text is overlaid on the right side of the image.

Sun's Royal Park

*sapori antichi sapori moderni
eleganza senza tempo*

Via Cervino, 5 - CERVINO (CE) - Tel. 0823 311366 - 310728
www.sunsroyalpark.com - info@sunsroyalpark.com

diamo ascolto ai nostri clienti

superandone le aspettative

Perchè scegliere

**MARSAN
CONSULTING?**

*È una questione di qualità
anzi di eccellenza*

MARSAN
c o n s u l t i n g

www.marsanconsulting.it

- ✓ Consulenza per l'accreditamento istituzionale con il S.S.N.
- ✓ Esperti nel settore sanitario
- ✓ Implementazione di sistemi di Gestione Aziendale in conformità delle norme UNI EN ISO 9001:2000 (Qualità)
- ✓ Ottemperanza alle direttive in ambito sanitario
- ✓ Governance e gestione dell'organizzazione sanitaria

www.marsanconsulting.it



Sede Legale: Via Omodeo, 124 - NAPOLI | Sede Operativa: | Via dei Fiorentini, 61 - 80133 Napoli
Tel. e Fax 081 5510771 | Cell. 347 6161733 dott. Marino Giuliano | marino@marsanconsulting.it

in caso di casi.

Studio Legale  Giaquinto-Alois

via Ricciardi, 8 - 81100 Caserta
Tel. 0823 35 32 61 - Fax 0823 45 62 87
giaquintoalois@libero.it



PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ SANITARIA E TETTI DI SPESA ANNO 2008

Intervento di FederLab Italia e FIOSP

► di Anselmo Tagliacozzi

FederLab Italia e FIOSP hanno prodotto ricorso avverso il silenzio – rifiuto posto in essere dalla Regione Toscana relativo alla diffida inoltrata dalle Associazioni medesime concernente la richiesta di attivazione dei prescritti percorsi inerenti la programmazione del fabbisogno di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa (tetti di spesa) per l'anno 2008.

Il ricorso, che qui di seguito pubblichiamo, si è reso necessario anche alla luce dell'infruttuoso riscontro della precedente richiesta formulata nel corso dell'incontro tenutosi in Firenze il giorno 24.04.2008. Onorevole Tribunale Amministrativo Regio-

nale per la Toscana Ricorre la Federlab Italia, con sede in Roma, alla Via Del Corso n. 42, in persona del Presidente p.t., Dott. Vincenzo D'Anna, e la FIOSP, con sede in Montecatini Terme (PT), alla Via E. Toti, n. 5, in persona del Presidente p.t., Dott. Pier Francesco Greco, rappresentate e difese, in virtù di procura a margine del presente atto, dall'Avvocato Arturo Umberto Meo, con il quale elettivamente domiciliario in Firenze, alla Via Cam-poreggi n.3, presso l'Avv. Eugenio Dalli Cardillo Contro la Regione Toscana, in persona del Presidente della Giunta Regionale p.t., con sede in Firenze, alla Via Novoli n. 6 Per a) la declaratoria dell'illegittimità del silenzio serbato dalla Regione Toscana,

formatosi in seguito all'atto di invito e diffida, notificato in data 19.02.2008 (v. doc. n.1), con cui le ricorrenti hanno invitato la medesima Amministrazione ad attivare la concertazione ai fini della programmazione dei volumi di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa relativamente all'anno 2008, conseguentemente convocando le Associazioni di categoria, incluse le odierne ricorrenti; b) per la declaratoria dell'obbligo della Regione Toscana di provvedere con urgenza in ordine alla su indicata istanza, mediante immediata attivazione della procedura di concertazione, ai fini della programmazione dei volumi di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa relativamente

all'anno 2008; c) per la nomina di un commissario ad acta che, nell'ipotesi di perdurante inerzia della Regione Toscana oltre il termine assegnato da codesto On.le Tribunale, provvederà all'adozione dei provvedimenti richiesti; Nonché per la declaratoria della fondatezza dell'istanza sostanziale di necessaria partecipazione delle ricorrenti Associazioni alla procedura di concertazione per la programmazione della spesa sanitaria nella Regione Toscana per l'anno 2008, anche ai sensi dell'art. 8 quinquies del Dlgs.502/1992. Fatto - La Federlab Italia è ente esponenziale che ha federato sul piano nazionale operatori della sanità privata in regime di accreditamento con il servizio sani-

tario nell'ambito delle attività di Diagnostica di Laboratorio e di Specialistica Ambulatoriale, già costituiti in Associazioni Regionali. In particolare, tra le Associazioni Federate è presente la FIOSP Federazione Italiana Operatori Sanitari Privati, che opera in Regione Toscana, e che annovera tra i propri associati strutture sanitarie accreditate. Dunque, la Federlab Italia, che ai sensi dell'art. 8 dello Statuto è rappresentata in giudizio dal Presidente, sottoscrive il presente ricorso in quanto persegue l'obiettivo di tutelare gli interessi dei propri associati, anche in sede giudiziale, consistenti in un corretto e coerente svolgimento delle attività per cui sono stati accreditati contro ogni unilaterale

stravolgimento del rapporto proveniente dalla parte contraente pubblica, che sia completamente in violazione dei principi ispiratori della vigente normativa in materia sanitaria. In particolare, essa assume la rappresentanza degli interessi dei propri associati di fronte alle amministrazioni, organi ed agenzie pubbliche, ai soggetti privati nonché a qualsiasi autorità giurisdizionale, al fine anche di collaborare alla soluzione dei problemi del settore, effettua analisi e studi, sviluppa la qualificazione degli associati, ne sostiene la collocazione e l'attività nell'organizzazione sanitaria nazionale, regionale e locale. Inoltre, l'Associazione promuove l'attività di ricerca, assistenza e divulgazione nel set-



tore in cui operano gli associati nelle forme a tal fine ritenute più idonee e cos  attraverso l'organizzazione di convegni e di altre manifestazioni, la promozione di corsi e seminari di formazione, la pubblicazione di studi e materiali. La stessa, dunque,   legittimata a rappresentare nelle sedi istituzionali (Regione e AA.SS.LL.) le problematiche che emergono dall'attivit  svolta dai propri associati in favore del servizio sanitario, ed in tale veste intende partecipare nelle dette sedi ad attivit  di coordinamento finalizzate alla programmazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Attualmente, gli associati FI SP lamentano che nella Regione Toscana la programmazione della spesa sanitaria non avviene nel rispetto della normativa predisposta dalla legislazione nazionale e regionale. In particolare la Regione, nonostante fosse un suo preciso obbligo, non ha ancora provveduto a programmare i volumi di prestazioni erogabili ed i correlati livelli di spesa relativamente all'anno 2000, n , tantomeno, ha avviato la concertazione con le Associazioni di Categoria, ai sensi, specificatamente, dell'art.   quinquies del D.Lgs.  02/1992, che a tal riguardo   estremamente chiaro. In questo modo, la Regione Toscana contravviene a precise disposizioni di legge e, segnatamente, ai principi di leale collaborazione cui va necessariamente improntata la politica di programmazione sanitaria. A fronte della perdurante inerzia della Regione Toscana, le predette Associazioni, attraverso un formale atto di diffida, notificato in data 19 febbraio 2000, hanno sollecitato la

Regione Toscana ad attivare la concertazione ai fini della programmazione dei volumi di prestazioni erogabili e dei correlati livelli di spesa relativamente all'anno 2000, conseguentemente convocando le Associazioni di Categoria, ivi comprese le ricorrenti. Tuttavia, nessuna iniziativa   stata presa dalla Regione Toscana, ovvero alle ricorrenti non risulta che sia stato fatto. Ne deriva che la Federlab Italia e la FI SP, e per esse le strutture che ne fanno parte, in quanto titolari di un sostanziale interesse acch  la Regione Toscana attui nei tempi prescritti la programmazione della spesa sanitaria e dei volumi di prestazioni erogabili per il 2000, nel rispetto del principio del giusto procedimento e del diritto al contraddittorio con le Associazioni di categoria, risultano gravemente pregiudicate dall'ingiustificata inerzia e dal ritardo della Regione Toscana. E' evidente, inoltre, che la mancata programmazione in tempi utili, ovvero la programmazione attuata senza la necessaria partecipazione delle Associazioni di Categoria, comporterebbe un gravissimo nocumento per le ricorrenti, imputabile esclusivamente all'omissione e all'ingiustificato ritardo della Regione nel compimento degli atti di sua spettanza. Pertanto, si impone inevitabilmente il ricorso di cui al presente atto, alla stregua dei seguenti Motivi: violazione artt. 2, 3 e ss. Della L. n. 241/90 sul giusto procedimento e sue successive modificazioni. Mancata partecipazione del privato al procedimento. Violazione artt. 7,  , 10 bis della L. n. 241/90. Ancora violazione e falsa applicazione del

D.Lgs. N 02/1992. Violazione della L.R. n. 40/2000. Violazione dell'art. 97 Costituzione. Con il comportamento inerte sinora tenuto la Regione Toscana ha, in primo

a tutelare e consolidare la nozione di interesse legittimo, intesa come aspettativa di un provvedimento volta alla definizione amministrativa del procedimento. Peraltro,

mo, in quanto viola i principi generali dell'ordinamento amministrativo, appena enunciati. Tale legittimo interesse   risultato nella fattispecie de qua frustrato dall'inerzia e

scono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali ed individuano i soggetti interessati. Inoltre il secondo comma del medesimo art.   quinquies stabilisce che  a



luogo, violato l'art. 2 della L. 241/90 sul giusto procedimento amministrativo, nella misura in cui questo, cos  come recentemente modificato e novellato, sancisce e definitivamente consacra il dovere della Pubblica Amministrazione di pronunciarsi esplicitamente sulle istanze rivolte dai privati nell'ambito di un procedimento. Infatti, testualmente, questo articolo stabilisce che  ove il procedimento consegua obbligatoriamente ad una istanza ovvero debba essere iniziato d'ufficio, la pubblica amministrazione ha il dovere di concluderlo mediante l'adozione di un provvedimento espresso. Pertanto, la norma contiene una disposizione di principio che tende

l'obbligo di concludere il procedimento con un provvedimento espresso   finalizzato al rispetto dei principi di trasparenza, efficienza ed imparzialit  dell'azione amministrativa che si concretizzano proprio con una effettiva rispo-

dall'ingiustificato ritardo dell'amministrazione, la quale non ha voluto, o saputo, valutare adeguatamente la richiesta del privato, risultando tale omissione tanto pi  grave laddove si consideri che l'amministrazione regionale ha l'obbligo di programmare la spesa sanitaria ed il livello delle prestazioni erogabili, secondo quanto prescritto da precise disposizioni di legge, sia nazionale che regionale. In particolare, la normativa nazionale stabilisce alcuni principi generali nella

Regione e le unit  sanitarie locali, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, i quali devono indicare, tra l'altro, il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unit  sanitaria locale, si impegnano ad assicurare.   Spetta, quindi, alla Regione il compito di attivare le procedure finalizzate alla programmazione e, conseguentemente, alla contrattazione con le singole strutture. In attuazione ed in conformit  con quanto previsto in ambito nazionale, la Legge Regionale della Toscana n. 40/00, all'art. 1 , rubricato "Partecipazione alla programmazione", sta-

La Regione, nonostante osse
n s  preciso obbligo non
a ancora provveduto
a programmare i volumi
di prestazioni erogabili ed i
correlati livelli di spesa
relativi al fine all'anno 2000

sta all'interesse legittimo del privato, attraverso l'emissione del provvedimento che chiude il procedimento nei termini previsti per legge: il silenzio serbato dalla Regione risulta, quindi, illegitti-

materia de qua, tra i quali assume particolare rilievo quello contenuto nell'art.   quinquies del D.Lgs.  02/92, come inserito dall'art.   comma 4 del D.Lgs. 229/99, secondo il quale (Le Regioni,  , defini-

bilisce che la Regione promuove la partecipazione, tra gli altri, delle organizzazioni sindacali al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizza il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione. L'obiettivo che il legislatore, sia nazionale che regionale, intende attuare istituzionalizzando il

meccanismo della concertazione con le Associazioni di categoria, al fine di programmare la spesa sanitaria ed i correlativi limiti di spesa, è complesso. Si mira, in primo luogo, ad acquisire, da parte delle Associazioni di categoria, quei dati necessari ad ottimizzare il rapporto tra domanda ed offerta, in un sistema di parità tra pubblico e privato, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Ed infatti questi ul-

timi, previsti su base nazionale, sono assicurati in un S.S.N. oramai integrato, che vede appunto le strutture sanitarie pubbliche e private operare su di un piano di perfetta parità, sia per quanto concerne il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico, sia per quanto riguarda il soddisfacimento del fabbisogno assistenziale. Ciò si traduce, inevitabilmente, nell'obbligo, già innanzi evidenziato, della Regione Toscana di procedere

ad una previsione concertata con le Associazioni di Categoria di pianificazione della spesa sanitaria, che contenga un finanziamento unico per le strutture pubbliche e private, e quindi un volume unico di prestazioni erogabili annualmente. Questa, e non altra, è la metodologia per assicurare seriamente e concretamente i livelli di assistenza sanitaria, nonché il fabbisogno assistenziale territoriale, che emerge ogni anno in

ragione anche dei diversi livelli di morbidità esistenti. bene, tali istanze sono state completamente disattese dalla Regione Toscana che, non solo non ha realizzato l'indispensabile concertazione con le Associazioni di Categoria, ma ha continuato a rimanere inerte, nonostante sia stata formalmente invitata dalle ricorrenti ad esercitare il potere di programmazione che la legge le attribuisce, e risolvendosi il silenzio che la stessa ha tenuto sull'istanza in un'illegittima violazione di legge, in netto contrasto con il principio di buon andamento ed imparzialità della Pubblica Amministrazione. giurisprudenza consolidata, infatti, riconosce che la partecipazione al procedimento amministrativo è finalizzata all'effettiva e concreta realizzazione dei principi costituzionali di imparzialità e buon andamento art. 97 Cost. e, quindi, in ultima analisi, alla corretta formazione della volontà della Pubblica Amministrazione (T.A.R. Emilia Romagna, 22/2/2002, N.79). Tanto più grave è poi la suddetta violazione quando l'obbligo di provvedere, e di provvedere garantendo il contraddittorio con le Associazioni di Categoria, è normativamente previsto. E' chiaro, infatti, che se come evidenziato l'intento del legislatore, sia nazionale che regionale, è quello di creare un sistema sanitario integrato tra pubblico e privato, l'efficienza di questo sistema si gioca tutta nel momento della programmazione. Ne deriva una piena responsabilità politica per l'amministrazione competente che omette un atto dovuto del suo ufficio, e che vale a qualificare come illegittimo

il silenzio tenuto dalla Regione Toscana sull'istanza precedentemente presentata dalle odierne ricorrenti e diretta a sollecitare l'adempimento del suddetto obbligo. violazione e falsa applicazione del D.Lgs. n. 502/1992. violazione della L.R. n. 40/2002. violazione dell'art. 2 comma 1, Legge 28 Dicembre 1997, n. 49 E 32, comma 1, Legge 27 Dicembre 1997, n. 449. violazione dell'art. 97, 32 e 117 Cost. violazione del diritto alla salute e del diritto di libera scelta dell'utente privato. Il silenzio serbato dalla Regione Toscana sull'istanza presentata dalle ricorrenti si traduce, dunque, in una grave violazione di legge che involge ulteriori profili di illegittimità. Il sistema sanitario delineato dalla riforma avviata con il D.Lgs. 502/1992, in una logica di programmazione e di rigido controllo della spesa sanitaria, mediante la determinazione dei massimali impegnativi della quantità e dei costi delle prestazioni erogabili da ciascun operatore sanitario, riconosce e tutela il diritto alla salute, costituzionalmente previsto art. 32 Cost. E, infatti, l'art. 1, comma 1, del suddetto D.Lgs., espressamente stabilisce che la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, per poi precisare, al successivo comma 2, che il Servizio Sanitario Nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute,

Usare la testa, si deve.



Evitare la croce, si può.



SICUREZZA. DOVERE ASSOLUTO, DIRITTO INTOCCABILE.

La sicurezza è un diritto che ogni datore di lavoro ha l'obbligo di garantire ai suoi lavoratori. E tu lavoratore pretendi gli strumenti di protezione, usali sempre, e denuncia chi mette a repentaglio la tua vita. Perché gli incidenti li puoi evitare, a te e agli altri.



Per saperne di più vai su www.iolavorosicuro.it

.nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse".

La norma rappresenta, indiscutibilmente, una dichiarazione di intenti, che palesa le finalità e gli obiettivi avuti di mira con l'attuazione della riforma del sistema sanitario, al centro della quale si pone il diritto alla salute, inteso non solo come diritto assoluto di ogni singolo individuo, ma anche come interesse generale della collettività, nell'ambito di una specifica dimensione, legislativamente imposta (T.A.R. MOLISE, 21/7/2003, n.619). Non esiste, dunque, un diritto alla salute in senso astratto, ma solo quello che risulta dal bilanciamento degli interessi costituzionalmente rilevanti, attinenti alla definizione delle risorse finanziarie e delle condizioni organizzative, nel più ampio quadro del riparto della spesa pubblica. Ne deriva che laddove le competenti amministrazioni non adempiano tempestivamente l'obbligo ad esse imposto di programmare volumi di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa, ciò comporta una grave lesione dei principi costituzionali che definiscono e tutelano il diritto alla salute.

In particolare, tale diritto risulta leso anche sotto il profilo del diritto di scelta dell'utente privato di avvalersi tanto delle strutture private come di quelle pubbliche. Invero, il sistema sanitario attualmente vigente si configura come integrato, nel senso – già evidenziato – che le strutture pubbliche e private operano su di un piano di perfetta parità sia per quanto concerne il profilo organizzativo, strutturale e tecnologico, sia per quanto riguarda il soddisfacimento del fabbisogno assisten-

ziale.

In questa prospettiva, la programmazione sanitaria regionale determina i criteri sulla base dei quali le istituzioni sanitarie locali individuano le istituzioni sanitarie private

portante essenziale, proprio per assicurare la predetta libertà di scelta del cittadino (Cons. Stato, sez. IV, 17/7/2004, n.5123). E' evidente, quindi, come la programmazione sanitaria

la sua natura di atto dovuto, atteso che la fissazione dei limiti di spesa costituisce l'adempimento di un obbligo ineludibile che condiziona la possibilità di attingere le risorse necessarie al-

molteplici interessi configgenti in punto di costi, profitti e fornitura del medesimo servizio. L'interesse al contenimento della spesa deve, infatti, necessariamente essere temperato con l'inte-

spetto alla quale un contributo insostituibile viene dato dalla partecipazione in contraddittorio con le Associazioni di Categoria. In conclusione, non può che censurarsi come illegittima la mancata program-



L'obiettivo che il legislatore, sia nazionale che regionale, intende attuare istituzionalizzando il meccanismo della concertazione, al fine di programmare la spesa sanitaria ed i correlativi limiti di spesa, è complesso

che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche per l'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione suddetta. Questa disciplina assicura la libertà di scelta dell'utente di avvalersi, conformemente alla normativa nazionale e regionale, anche delle istituzioni private che, in tale complesso assetto normativo, non assumono una posizione meramente residuale ed ausiliaria del sistema pubblico, ma lo integrano, costituendo un elemento

rappresenti un antecedente logico del diritto di scelta dell'utente privato. Peraltro, ai sensi degli artt.2, comma 8, L.28 dicembre 1995, n.549 e 32, comma 8, L.27 dicembre 1997, n.449, la programmazione della spesa sanitaria globale da parte delle Regioni, coerentemente con la natura preventiva degli atti di programmazione, deve intervenire tempestivamente, stante

la remunerazione delle prestazioni erogate (Cons. Stato, sez. I, 5/11/2003, n.2331).

E' di tutta evidenza, dunque, che

la programmazione – nell'attuale sistema volto a garantire il servizio sanitario, in cui vengono fortemente affermati i principi costituzionali della libera scelta dell'utente e della parità di trattamento degli erogatori sia pubblici che privati, – rappresenta lo strumento voluto dalla legge al fine di preservare, valutandoli ed integrandoli, attraverso una precisa azione amministrativa, i

resse, anche esso di natura pubblicistica, al soddisfacimento del bisogno assistenziale, nonché con l'interesse delle strutture e dei professionisti privati alla previa conoscenza della quantità e della tipologia di prestazioni da effettuare per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale, ed ancora con l'interesse dei medesimi alla previa conoscenza, per ovvi motivi correlati alla loro attività di impresa, della remunerazione cui hanno diritto a fronte delle citate prestazioni.

Ed è solo in sede di programmazione che questa complessa attività di valutazione ed integrazione può essere compiuta, e ri-

mazione per l'anno 2008 da parte della regione Toscana, e per l'effetto la perdurante inerzia tenuta dalla stessa pure a fronte dell'atto di invito e diffida notificato dalle odierne ricorrenti al fine di sollecitare l'adempimento degli obblighi cui è tenuta per legge. P.Q.M. si conclude per l'accoglimento del ricorso, con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese di causa, con ogni più ampia salvezza di ulteriore tutela. Ai fini del contributo unificato si dichiara che il presente giudizio rientra tra quelli di cui all'art.21 bis della L.1034/1971 e pertanto è dovuto il contributo nella misura di € 250,00.-

Un'occasione gradita per testimoniare la stima tra i biologi del bacino mediterraneo

Federlab "approda" in Tunisia

Per la prima volta l'associazione ha partecipato ad un convegno nell'area magrebina

È la prima volta che Federlab Italia partecipa ad un convegno in Tunisia. Questa Associazione raggruppa la quasi totalità di figure professionali, la maggior parte biologi, direttori di laboratori d'analisi privati.

L'occasione per noi italiani è stata graditissima, poiché ci ha consentito di salutare e ringraziare gli amici biologi di questa bella terra, la Tunisia, che con tanto affetto ci ha accolto, ci ha consentito di partecipare a questo rilevante convegno scientifico e ci consente ancora di più di testimoniare la nostra fraterna stima, quali biologi che operano sul bacino mediterraneo, ai colleghi tunisini, francofoni e dell'intera area magrebina. Noi siamo fermamente convinti che mentre le Nazioni rivierasche organizzano la loro cooperazione attraverso trattati come quello di Barcellona, di Agadir, ed altri ancora, anche noi dobbiamo fare la nostra parte decidendoci di cooperare nel segno comune non solo della nostra appartenenza alla cultura mediterranea, ma anche della nostra professione. Professione da salvaguardare dagli attacchi che già da tempo in Europa si stanno attuando e che in Francia sono in essere.

Professione che, però, non può rifiutare l'evoluzione dei tempi né deve discostarsi dai solenni principi della qualità. Noi crediamo che la "Federazione dei Biologi dei Paesi Mediterranei" che sta per nascere grazie all'iniziativa dei colleghi



francesi, e che tutti noi contribuiremo ad alimentare, può fare corpo unico con la Confederazione dei Biologi Europei per portare avanti una politica associativa comune, nei doveri e nei diritti, ferma oppositrice all'industrializzazione della nostra attività, convinta che la tecnologia debba servire per incrementare la professionalità e la qualità del servizio reso e non per ridurre il nostro lavoro ad una catena di montaggio. In un mondo dov'è dimostrato che l'umanizzazione della medicina migliora

l'affidabilità del sistema sanitario, che integra e favorisce favorevolmente col paziente, trattato come uomo bisognoso di assistenza morale e sanitaria e non come una semplice entità, e che agevola il processo di guarigione, non possiamo permettere che la biologia clinica sia ridotta a rango di mero processo indu-

striale. Il paziente deve affidarsi alle nostre strutture conscio che gli saranno rivolte le massime attenzioni attraverso la corretta esecuzione delle indagini e la cooperazione pre e post analitica col suo medico di fiducia. Purtroppo nel laboratorio che sembra

profilarsi all'orizzonte nei paesi d'Europa, sotto il falso obiettivo del risparmio, e che si vuole predisposto per eseguire almeno un milione di prestazioni per anno, non potrà mai esserci spazio per l'umanità, per la qualità, per tutto quanto concerne la sfera professionale

non solo di noi biologi, ma dell'intero sistema sanitario. Conosciamo la minaccia, uniamoci tutti e non usiamo più i termini che hanno rallentato la cooperazione tra i nostri Paesi, non usiamo più il termine "io" per indicare una riva del mediterraneo, e il termine "tu" per indicare i Paesi dell'altra riva, usiamo solo ed esclusivamente il termine "Noi" e daremo un segnale forte per porre termine alla stagione degli accordi e dare inizio a quella della fattiva cooperazione.

In alto una foto di gruppo
il presidente della Federlab Italia,
Vincenzo D'Anna e il delegato estero
Corrado Marino insieme agli esponenti
delle associazioni dei paesi
magrebini e francesi.
Al centro alcuni momenti
del convegno tenutosi
ad Hammamet.
Qui accanto il ministro
della salute della Tunisia
Ridha Kechrid

Anche la Federazione sindacale dei laboratoristi italiani apporterà il proprio contributo

Biologia, i Paesi del Mediterraneo a confronto

I rappresentanti di Algeria, Francia, Marocco e Tunisia spiegano i continui scambi di esperienza professionale

TUNISIA
Bahri Cherif

Sono più di dieci anni che i tunisini e il sindacato dei biologi di libera pratica collaborano con il sindacato francese. Hanno spesso degli scambi di esperienza professionale e questo scambio si fa attraverso le giornate di biologia a Parigi e a Tunisi e in questo spirito hanno organizzato nel novembre 2006 e 2007 le giornate tunisine in onore delle giornate di biologia a Parigi. In questo ambito hanno firmato una convenzione con le Bioqualità francese per rilanciare ed hanno lanciato il 2 febbraio 2008 Biologia qualità per la sistemazione di una guida di buona pratica di biologia medica accompagnata dai laboratori. E così con questa dinamica che si vuole ampliare questa bella esperienza verso i paesi delle due sponde del Mediterraneo per incoraggiare gli scambi Nord-Sud e questo va verso la mondializzazione e

Per trentacinque milioni di algerini vi sono circa 320 laboratori privati

il miglioramento delle nostre prestazioni di cure. E sono convinto che con i nostri colleghi e amici Magrebini, italiani, francesi e libanesi si farà avanzare l'esercizio della biologia nello spazio del Mediterraneo. Voglio sottolineare, - ha aggiunto il dottor Bahri Cherif che il successo del convegno che si è tenuto in Tunisia è stato assicurato anche grazie al sostegno del Governo, ma soprattutto per il supporto avuto dal presidente della Repubblica Ben Ali e dal Ministro della Salute Ridha Kechrid. Non dimentichiamo - ha con-



Foto di gruppo per i rappresentanti delle associazioni di categoria del bacino euromediterraneo

cluso Bahri Cherif - che già nel 2006 abbiamo avuto l'onore di avere a Tunisi il primo incontro internazionale.

MAROCO
Youssef Idrissi
Kaitouni

La camera sindacale dei Biologi marocchini è un sindacato che è nato nel 1970 e racchiude al suo interno tutti i direttori di laboratori di analisi medici - privati che esercita attraverso le città del reame del Marocco. La Camera sindacale difende gli interessi morali e materiali di tutti i Biologi del Marocco. Questo incontro è stato fortemente voluto da tutti i trecentocinquanta laboratori privati che sono distribuiti tra una popolazione di trenta milioni di abitanti.

In Marocco i laboratori privati rappresentano la maggioranza delle strutture sanitarie. Da questo incontro, oltre allo scambio di esperienze professionali, ci aspettiamo la difesa dei diritti dei biologi, ma

soprattutto la difesa del diritto del biologo e della tutela della sua professionalità. Vogliamo che siano i biologi e non i grandi gruppi finanziari a gestire le analisi. Si deve assolutamente incentivare e raggiungere il maggior numero di Paesi ma, soprattutto il convincimento dei popoli. Perché, bisogna considerare che la biologia medica è un vettore molto importante per lo sviluppo della salute del sistema sanitario di un Paese.

ALGERIA
Professor
Bellazzoug

Come sindacato algerino non abbiamo ancora sottoscritto questo iniziale protocollo di intesa perché non abbiamo ancora avuto modo di conoscere il testo dello Statuto, ma la colpa è soltanto nostra perché, essendoci due riunioni contemporaneamente non abbiamo ancora avuto modo di leggerlo, ma è soltanto un fatto formale perché credo che in linea di massima ci troviamo già d'accordo sulla parte generale del progetto, del resto siamo venuti qui soprattutto per que-

sto. Siamo intenzionati e motivati ad entrare in questa grande associazione Euromediterranea per poter fronteggiare con maggior sicurezza e decisione i problemi legati al settore della biologia. Abbiamo attualmente dei problemi con il ministero della Salute. Il Ministro della Salute ha firmato un decreto per l'apertura dei laboratori per analisi mediche e quello che a noi biologi non piace è che possono aprire i laboratori solo biologi chimici, vale a dire, ognuno può aprire un laboratorio con una sola specializzazione. Il testo precedente prevedeva per l'apertura di un laboratorio o un laureato in medicina oppure un farmacista, che in maggioranza avevano almeno cinque specializzazioni.

Adesso con una sola specializzazione si può aprire tutto ed il più delle volte non hanno nemmeno una specializzazione specifica. In questo momento in Algeria si sta redigendo la guida della buona pratica e l'accreditamento risulta ancora un obiettivo lontano. Da questo grande organismo Euromediterraneo ci

aspettiamo un miglioramento che sarà sicuramente molto importante per il mio Paese e per tutti i Paesi che ne faranno parte. Questa federazione Euromediterranea migliorerà sicuramente le nostre relazioni e ci aiuterà nell'armonizzare i test nei vari paesi. Insomma, con questa associazione saremo più forti.

FRANCIA
Jean Benoit

Per raggiungere i professionisti che hanno le stesse ambizioni per l'esercizio della professione, dobbiamo affermare che la biologia è una professione sanitaria in un momento in cui alcuni in Europa vogliono porla come una società di servizi. La federazione è fatta per scambiare le nostre esperienze al fine di avere tutti insieme in Europa l'aspetto medico della biologia; e di salvaguardare l'organizzazione vicino ai medici ed il paziente.

In Germania i prelievi vengono effettuati dai medici a discapito dei biologi

In Belgio il sistema è già cambiato abbiamo dei legami e delle relazioni con i colleghi belgi il numero dei laboratori è stato ridotto ed hanno adesso una struttura industriale. Sono laboratori che hanno una struttura industriale per una popolazione di sessantacinquemilioni d'abitanti. In Francia ci sono circa 350 strutture industriali. I laboratori privati in Francia sono quattromilacinquecento, distribuiti su una popolazione di sessantacinquemilioni d'abitanti, la tendenza è di ridurre i laboratori. La qualità invece. È data dalla "GBEA" "Guida delle buone esecuzioni delle analisi".

Questa guida è considerata insufficiente e quindi hanno creato un'associazione che si chiama "Bioqualità" e affronta tutte le que-

stioni di laboratorio nella loro integrità dal prelievo fino al risultato. Fra qualche anno saranno accreditati sulla norma EN1589 per l'interpretazione dei risultati hanno una medicalizzazione dell'esercizio.

Vale a dire: il biologo fa il prelievo, controlla e potrà quindi scegliere i test più adatti per arrivare ad una diagnosi più precisa per un forfait economico. Oggi non è possibile, sicuramente un domani lo sarà.

La nostra - conclude il rappresentante francese - vuole essere una presa di posizione nei confronti dell'Europa per mostrare che nel bacino mediterraneo ci sono un gruppo di Paesi interessati a portare avanti con fermezza questo progetto.

L'evoluzione della medicina conferma l'importanza delle analisi cliniche

Il laboratorio nello scenario nazionale ed europeo

L'evoluzione della medicina conferma sempre più l'importanza delle analisi cliniche nella prevenzione, nella diagnosi e nel percorso terapeutico. Lo sviluppo delle analisi di biologia molecolare applicate alla genetica e alla infettivologia apre un percorso rivoluzionario nella medicina preventiva.

Ed è per questo che i biologi clinici rinforzano la loro presenza nelle équipes che accompagnano e attuano questa rivoluzione scientifica e tecnologica.

Più i progressi della biologia clinica trasformano la medicina, meno sarà possibile eseguire la biologia clinica senza il biologo.

La Federlab difende con forza questa posizione presso le autorità pubbliche, e rifiuta l'idea di trasformare i biologi in tecnici, il cui campo di azione è limitato alla sola piattaforma analitica.

La Federlab vede il futuro della biologia clinica e del biologo, soprat-



La folta platea presente al momento del convegno

tutto per la sua dinamicità, esprimersi in una attività clinica, che percorre il processo della salute dalla prevenzione alla interpretazione degli esiti delle analisi, in stretta correlazione con il medico generalista e con lo specialista. La biologia clinica e la medicina, infatti, hanno un avvenire non separabile. La biologia clinica

si interessa di esami biologici che concorrono alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione delle malattie umane, e ricerca quei parametri indicatori di modifiche dello stato fisiologico.

La biologia clinica è, con la radiologia, la disciplina clinica che ha conosciuto i più grandi progressi nel corso de-

gli ultimi 30 anni. Ha assunto una importanza sempre maggiore nelle formulazioni di diagnosi, e crediamo che il ruolo che essa occupa nella attività medica, dalla formulazione della diagnosi al controllo della terapia, sia destinato a crescere e a perdurare.

Lo sviluppo dei tests genetici e la medicina

preventiva ad essi collegati possono dare una idea della pertinenza della complementarità tra la scienza della biologia clinica e la pratica medica.

L'avvenire dei biologi clinici si lega, come per tutte le altre discipline del sistema salute, al contesto europeo, e nell'ambito del mutuo riconoscimento delle qualifiche professionali i biologi difendono, con gli altri colleghi della UE, la formulazione della piattaforma professionale come definita dal gruppo di lavoro dell' EC4 (Confederazione di Chimica Clinica delle Comunità Europee), che risponde alle esigenze della direttiva UE approvata il 6 giugno 2005.

Mentre, però, la specialità viene, tra 'altro, definita come "la più ampia disciplina della medicina di laboratorio, che è una specialità medica e scientifica multidisciplinare con numerose sottodiscipline interattive...", ponendo così la professione al centro del laboratorio di chimica clinica, sono oggi in atto in Europa, già in Italia, in progetto in Francia, meccanismi comunitari che mirano ad attuare una deregolamentazione di questa

attività, da accogliere con prudenza e con preoccupazione. Non si può accettare, infatti, che la libera concorrenza nella domanda di salute conduca distanti dalla piattaforma EC4. L'Europa dovrebbe armonizzare le regole dell'esercizio sanitario tenendo conto delle valenze professionali e delle normative dei Paesi dove maggiore è il legame tra il paziente e il biologo clinico. E in ciò la Francia e l'Italia hanno molto da insegnare.

La pratica della biologia clinica, che comprende ogni fase delle indagini, dal prelievo alla consegna dei risultati, passando attraverso la attività analitica, il rispetto di norme di qualità globale, la disponibilità a partecipare ad iniziative di sorveglianza sanitaria, la disponibilità e professionalità nell'eventuale impegno nella educazione sanitaria, rappresentano altrettanti apporti al sistema sanitario. Le attuali problematiche della sicurezza sanitaria a livello europeo per organizzare dispositivi di prevenzione dalle pandemie non possono avere risposta senza l'implicazione di ogni professione sanitaria. I

FEDERLAB
Sindacato Laboratori
Campani

SBV
Sindacato Branche
a Visita

confederati con

AISA
Associazione Italiana
Strutture Ambulatoriali
Radiologia e Medicina Nucleare

ANPRIC
Associazione Nazionale
Presidi Riabilitazione
Convenzionati

550
100
50

laboratori di analisi
centri di cardiologia
centri di radiologia
e medicina nucleare
specialisti ambulatoriali
e centri antidiabete
centri di riabilitazione
ed FTK

STRUTTURE SANITARIE DI QUALITA'

ACCESSIBILI OVUNQUE, SENZA LISTE D'ATTESA

L'evoluzione della medicina conferma l'importanza delle analisi cliniche

biologi liberi professionisti offrono un modello basato sulla capillarità della loro presenza sul territorio e sulla vigilanza. Qualità queste messe a disposizione della collettività e che non possono offrire altri tipi di organizzazione della biologia che si occupano esclusivamente della parte più tecnica della attività, cioè il mero risultato numerico delle analisi.

E Federlab difende, insieme ai colleghi francesi, e difenderà insieme alla Federazione dei Biologi dei paesi dell'Euro-Mediterraneo la visione professionale della biologia clinica con uno spirito aperto e costruttivo.

Importante è che la evoluzione della professione, anche in relazione al mutamento socio economico intervenuto nelle nazioni, sia regolamentata da norme che conservino la direzione dei laboratori alle figure ai "Chimico Clinici Europei", come definiti dall'EC4, che grazie alla loro professionalità fanno del laboratorio di analisi una disciplina medico-scientifica, e non un esame industriale.

Ciò non significa immobilismo. Siamo infatti consapevoli della necessità, in alcuni contesti, di una ristrutturazione e di un raggruppamento tra strutture. Ciò è motivato da un insieme di fattori sia economici, sia scientifici, sia tecnici, sia normativi: l'adozione di nuove tecnologie e la necessità di forti investimenti per la sempre maggiore sofisticazione della automazione ad esse connesse; una risposta ad obblighi amministrativi sempre più onerosi e a margini di redditività sempre meno significativi; la esigenza di offrire al territorio in tempi compatibili con le esigenze diagnostiche pannelli di esami anche altamente sofisticati.

La ristrutturazione può basarsi sul raggruppamento volontario di laboratori in società o consorzi che permettono, per l'apporto di competenze diversifica-

te, di conservare la capillarità nel territorio e ha consentito una evoluzione controllata e ra-



di offrire alla popolazione la specializzazione in tecniche sempre più esigenti, coprendo gran parte della richiesta, da quella di routine a quella più sofisticata.

La Federlab porta avanti la dignità e la figura professionale del biologo clinico lavorando per cercare delle soluzioni costruttive con le altre professioni sanitarie e le associazioni dei pazienti, oltre e soprattutto con il ministero della salute e gli assessorati regionali. Ha fortemente contribuito alla giusta applicazione della normativa della contrattazione che ritiene debba essere uniforme sul territorio nazionale, e sostitutiva di modalità applicative fin'ora adottate, irrispettose delle norme, che sono state e sono tutt'ora volutamente inapplicate per esasperazione politica, per incapacità amministrativa, per interessi di parte.

La Federlab attraverso l'implementazione della procedura "Campana", approvata anche dalle istituzioni governative,

ha consentito una evoluzione controllata e ra-



In alto il presidente della Tunisia Ben Ali
Qui sopra il presidente di Federlab Italia Vincenzo D'Anna
e i rappresentanti delle associazioni dei laboratoristi dell'area euromediterranea

gionevole della domanda sanitaria nel campo della ambulatorietà privata, ha consentito al cittadino di usufruire del diritto alla libera scelta, ha consentito la libera concorrenza tra le strutture, nel pieno rispetto dei budgets di spesa assegnati, con meccanismi equilibrati di monitoraggio continuo.

Le norme introdotte, come la definizione della capacità operativa massima, insieme ad una serie di altri parametri, come ad esempio il case mix, cioè il costo medio/prestazione per medesime tipologie di strutture, hanno consentendo alla attività di biologia clinica di operare un salto di qualità, e di ottenere rispetto e dignità per la funzione svolta.

In conclusione
Il ricorso della medicina alla biologia clinica

è in costante progresso, e ancor più lo sarà per l'avvento di sempre nuovi scenari nelle indagini biologiche. Ciò francamente si discosta molto dalla organizzazione dei laboratori di analisi in Germania, organizzazione che è stata già presa ad esempio in alcune nazioni europee e che si sta tentando in Italia, mascherata da esigenze di risparmio che possiamo dimostrare essere totalmente inesistente, e che sta avvicinandosi alla Francia.

La organizzazione di tipo industriale in Germania, ha avuto ed ha delle conseguenze negative, come ad esempio il deterioramento del servizio medico, la

ro per la pubblica amministrazione, una rete capillare sul territorio; significa lasciare spazio a pochissime mega strutture, in nome di un risparmio economico solo immaginario, per i costi aggiunti collegati: costi sociali, per la assenza di attenzione verso il percorso di salute del paziente, costi occupazionali per la distruzione di esercizi professionali e per la eliminazione di migliaia di posti di lavoro; costi economici per l'aumento della spesa dovuta all'impiego di strumenti necessari per realizzare quanto già il laboratorio di analisi oggi espleta: la fase preanalitica, con la conoscenza del paziente e il prelievo, le relazioni con il SS, l'interpretazione e la trasmissione dei risultati, che dovranno essere invece realizzati da altri professionisti comunque da remunerare.

Quale allora l'interesse di cancellare un sistema che funziona e il cui costo macroeconomico non è certo più elevato degli altri ed è solo l'1,1 % della spesa totale.

Oggi il sistema governato dai professionisti rende possibile accordi di budgettizzazione, mentre ogni esperienza di accentramento e di industrializzazione del settore si collega ad un incremento del volume di determinazioni pro capite, cosa ampiamente verificabile in quelle regioni in cui l'adozione di organizzazioni simili non ha diminuito il numero di richieste/paziente e di cui nulla è dato sapere circa i reali costi totali di produzione.

Se si pensa che in Campania, ma non è diversa la situazione in altre regioni, a fronte di circa 160 milioni di Euro spesi per la ambulatorialità interna convenzionata, risultano essere state prodotte prestazioni per un valore di appena 6 milioni di euro, non può né deve scandalizzare alcuno l'irresponsabilità delle amministrazioni nel conservare apparati di potere all'interno della sanità pubblica.

E la riorganizzazione industriale dei laboratori, non sembra altro che la appropriazione di un potere politico ed economico non ancora pienamente controllato da parte di chi dovrebbe invece avere esclusivamente una funzione di terzietà nella organizzazione del sistema, e nel suo controllo attraverso comportamenti, norme e procedure economiche equiparate, consci che una improduttività porta a sottrazione di risorse finalizzate alla salute del cittadino.

In linea con quanto sopra, Federlab, la cui leadership nazionale di rappresentanza dei laboratori di analisi è da tempo ampiamente riconosciuta in sede locale e governativa, come fase preparatoria all'importante convegno che si terrà a Parigi nel novembre di quest'anno, ha in corso l'organizzazione a Napoli di un incontro con tutte le associazioni di Biologi dell'area mediterranea, Libano, Tunisia, Algeria, Marocco, Grecia, Francia, Spagna, Portogallo, Belgio, al fine di iniziare lo studio delle tematiche di interesse comune, quali la difesa della professione, la difesa della rete di laboratori privati, la formazione e la qualità, e di conoscere l'attuale stato della organizzazione normativa della professione e dei rapporti con i Servizi Sanitari dei diversi Paesi. Interverranno, per orientare sulle disposizioni europee, onde trarne le sollecitazioni da affidare alla Commissione Europea, rappresentanti dell'EC4, cioè della Confederazione di Chimica Clinica delle Comunità Europee.

Attraverso Federlab i colleghi italiani, entreranno nella grande famiglia euromediterranea, di cui sono parte importante, saranno aggiornati sulle opportunità e sulle normative che investono la nostra professione nell'area multiculturale di nostra appartenenza geopolitica, e parteciperanno a pieno titolo ai lavori della CBE presso L'Unione Europea.

Il partenariato euro-mediterraneo e la professione di biologo

► di Corrado Marino

Da tempo la politica d'integrazione economica condotta dall'Unione Europea, attraverso una serie di trattati ed accordi, come quello di Barcellona e di Agadir, intuendo la necessità di uno sbocco europeo sulla sponda sud del bacino mediterraneo, ha dato inizio ad un'area di scambio Europa - Africa con interventi di libero mercato tra i Paesi della sponda sud del mediterraneo, in particolar modo del Magreb, e di scambi agevolati con l'UE. In tale quadro, che fondamentalmente reca visibilità europea alle parti sociali ed economiche di quest'area, si è pensato in pieno accordo tra le parti interessate, in pratica con i professionisti che esercitano la professione di Biologo, ad un collegamento confederativo che ha dato slancio e peso alle attese di quest'attività nei rapporti interni con i singoli Stati, e nei rapporti tra le attese provenienti da tutta l'area mediterranea e dall'UE. Le linee di tale accordo, che saranno ufficializzate a Parigi, nel corso delle giornate dello JIB 2008, dal 4 al 7 novembre, hanno visto aderire, al momento, per l'Europa, la Francia e l'Italia e per la sponda sud il



Un momento del convegno svoltosi in Tunisia ad Hammamet

Marocco, l'Algeria, la Tunisia, l'Egitto, il Libano, tutti attraverso le associazioni sindacali rappresentative dei singoli Paesi. Per l'Italia, sarà presente la Federlab Italia, che ha aderito alla CBE, (Confederazione Biologi Europei) che ha accolto favorevolmente l'idea della Federazione dei Biologi dell'Euromediterraneo per gli ampi scenari che la forza di una comune intesa può apportare allo sviluppo della professione. I risultati degli svariati incontri, mono e multilaterali, tenutisi in Tunisia in questi giorni, pur evidenziando, nei diversi Paesi, una distinzione delle attività laboratoristiche sia sul piano tecnico-legislativo, sia su quello economico,

hanno fornito un'uniforme indicazione sull'urgente necessità di intervenire nella definizione stessa dell'attività professionale di biologo analista, a causa di uno strisciante tentativo di industrializzazione di questa attività. Il laboratorio di analisi è, infatti, considerato in seno alla UE come una attività che produce servizi, che in tal senso deve essere regolamentata; ciò può comportare, tra l'altro, l'industrializzazione della produzione che, col supporto del

capitale, tende a realizzare megastutture industriali, il cui obiettivo, è essenzialmente economico, facendo venir meno il rapporto con il paziente, tipico dell'attività sanitaria, e cancellando di fatto un'intera categoria professionale. Elemento costitutivo, quindi, della Federazione è la forte opposizione a questo quadro attraverso l'assemblaggio di contatti e la produzione di documenti da proporre all'UE attraverso i singoli Paesi, oltre che direttamente alla Commissione Europea, affinché possa essere rivista la classificazione di quest'attività, da considerare quale attività sanitaria, denominando le strutture "Laboratori d'analisi di biologia medica". I colloqui hanno anche posto in evidenza il

forte impegno dei Paesi dell'area Sud per l'implementazione delle procedure di Qualità cui Sdbio (Sindacato dei Biologi francesi) e Federlabitalia apporteranno il loro contributo. Il complesso delle normative autorizzative tra i vari paesi francofoni è sembrato abbastanza vicino, e nell'insieme meno indaginoso dei meccanismi autorizzativi e d'accreditamento vigente in Italia, che crediamo, allo stato attuale, essere il Paese la cui normativa sia la più minuziosa. Purtroppo l'Italia è all'ultimo posto per le modalità di rimborso delle prestazioni: assurdo, è stato detto, continuare ad operare in un Paese dove ad una normativa alquanto gravosa corrisponde l'incertezza dell'entità tariffaria e dove il rimborso avviene con ritardi anche superiori ad un anno. Tutti gli altri Paesi, sponda Sud compresa, infatti, oltre ad avere tariffe più remunerative delle nostre hanno per i rimborsi una media di ...5 giorni dalla presentazione della richiesta! Diverso è anche il corso di laurea, e anche in tal caso si studierà un mezzo per proporre ai singoli stati, nell'ambito dei loro rapporti bilaterali e multilaterali, di riconoscere i corsi di laurea così come finora

organizzati nei vari Paesi, studiando per il futuro un corso di laurea in Biologia medica specifico ed uniforme. Appare dunque vario nel suo complesso il quadro organizzativo della nostra attività, ed è in quest'ambiente che con la forte volontà delle parti ci si pone l'obiettivo di raggiungere una sorta d'equiordinazione della professione nella nostra area geopolitica, per garantire allo stesso modo, per qualità e libertà di scelta, tutti i cittadini, così come per sostenere l'importanza e l'insostituibilità della professione di biologo analista nella visione di un Mediterraneo finalmente comune.

Ma, certamente tante saranno le occasioni di collaborazione e di partenariato che potranno crearsi attraverso il lavoro comune in ambito federativo, e l'Italia, attraverso l'esperienza Federlab, potrà essere portatrice di idee confacenti ai nuovi scenari euromediterranei, non solo riferiti alle merci, ma anche alle attività sociali, culturali, professionali, sanitarie, formative...

Il campo d'azione sembra essere nuovo e non ancora pervaso da interessi contrapposti, gli operatori hanno trovato tanti punti comuni da rendere agevole e fraterna l'attività di rappresentanza comune intrapresa, la volontà e l'entusiasmo è di tutti, occorre solo augurare ai membri che formuleranno e realizzeranno la politica della Federazione, con sede in Tunisia, l'augurio di buon lavoro nell'interesse di tutta la comunità mediterranea sanitaria.

Il laboratorio di analisi è considerato in seno alla Ue come una attività che produce servizi, che in tal senso deve essere regolamentata

la rivista del turismo e del tempo libero

CAMPANIA

WEEK END

*in edicola
in Campania*

CAMPANIA
WEEK END

TERRA DI LAVORO
**LE VIE DEL GUSTO
& LE VIE D'ACQUA**
TRA STORIA
MITI E SAPORI

CAMPANIA
WEEK END

AVELLINO
Il museo Irpino
BENEVENTO
Tra storia e leggenda
Mongolfiere nel Sannio
CASERTA
Ciampate del Diavolo
L'unico ponte più antico al mondo
SALERNO
Notte di Luce
Cilento: Sulle orme di Enea
NAPOLI
Passeggiata tra i vicoli
dell'antica capitale del Regno

APPASSIONANTE VIAGGIO ALLA SCOPERTA DEI
SAPERI E SAPORI

Una chiacchierata a tutto tondo sul lavoro svolto ad Hammamet

D'Andria: "La mia vita al servizio dell'Italia"

L'ambasciatore italiano in Tunisia: "Bisogna continuare ad operare affinché il popolo tunisino percepisca il Bel Paese come un alleato naturale"

► di Anselmo Tagliacozzi

La delegazione di Federlab Italia è stata ricevuta in forma privata nella residenza dell'ambasciatore italiano Antonio D'Andria.

E' stato un gradevole incontro tra conterranei poichè sia D'Anna sia D'Andria sono casertani. L'ambasciatore ha mostrato grande interesse per l'iniziativa cui i laboratoristi italiani hanno aderito. Durante l'incontro abbiamo colto alcune battute dell'ambasciatore che qui di seguito riportiamo:

"Il mio personale impegno è stato sempre fondato sulla piena dedizione al servizio degli interessi generali del Paese. In Tunisia, la strada è già tracciata: si tratta di continuare ad operare affinché il governo ed il popolo tunisino percepiscano l'Italia come un amico permanente ed un alleato naturale nel processo di sviluppo economico, sociale ed umano avviato con successo dall'Indipendenza.

Nell'ambito di una rinnovata consuetudine di rapporti al vertice, potrà avere impulso adeguato il rilancio della cooperazione bilaterale in tutti i campi ed un'azione convergente nei fori multilaterali dal dialogo Euro-mediterraneo, ma anche rispetto alle nuove proposte d'Unione per il Mediterraneo.

Penso innanzi tutto all'estensione verso la Tunisia delle grandi reti per i trasporti, l'energia, le telecomunicazioni che stanno concretizzandosi in Europa. In campo medico e scientifico, dobbiamo cogliere ogni opportunità per intensificare il dialogo e la reciproca conoscenza, coinvolgendo Istituzioni, Università, Ospedali, Scuole, Società civile: esistono fermenti di grande interesse in questo Paese, in direzio-



ne di una maggiore consapevolezza delle specificità di una società dalle radici molteplici ed antiche, che meritano di essere meglio conosciute in Italia ed in Europa. Tra l'altro credo che ancora per molti anni la Tunisia godrà di un forte vantaggio competitivo nel processo di divisione internazionale del lavoro spinto dalla globalizzazione. Ho guardato con grand'attenzione l'incontro tenutosi a Hammamet tra le Associazioni dei Biologi i cui paesi affacciano sul Mediterraneo,

anche perché, da sempre le Associazioni svolgono il ruolo d'animatori della collettività, saranno esse, quindi, ancora una volta, attraverso le loro varie articolazioni a tracciare un percorso di collaborazione futura fra i tanti paesi del mediterraneo che hanno aderito al convegno di Hammamet. Eppoi, anche questo potrebbe essere un motivo maggiore per intensificare le presenze degli italiani in questo meraviglioso Paese. È ormai usuale definire gli italiani all'estero come i mi-



gliori ambasciatori degli interessi nazionali nei Paesi di residenza. Mi sembra particolarmente vero in questo Paese: trovo qui una comunità d'antico insediamento, che ha saputo preservare la sua italianità proprio in un'ottica di canale naturale di comunicazione tra i due Paesi in campo culturale, accanto a nuovi residenti che già svolgono con efficacia un'azione volta a favorire legami economici sempre più intensi. Spetta ai rappresentanti istituzionali saper valorizzare questi apporti preziosi".

La carriera diplomatica dell'ambasciatore italiano in Tunisia

Antonio D'Andria, Ambasciatore d'Italia a Tunisi, è nato a Caserta l'8 novembre 1946. Si laurea in giurisprudenza presso l'Università di Napoli nel 1968 ed entra in carriera diplomatica nel 1973. Tra gli incarichi ricoperti, dopo essere stato assegnato al Servizio del Contenzioso Diplomatico, alla Segreteria Generale e al Gabinetto dell'On. Ministro, nel 1978 è alla Rappresentanza permanente d'Italia presso la C.E.E. in Bruxelles e quindi al Consolato Generale in Rosario.

Rientrato a Roma nel 1985, presta Servizio presso la Direzione Generale Affari Economici, quindi alla Segreteria particolare del Sottosegretario di Stato e alla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo. Nel 1989 è nuovamente alla Rappresentanza permanente d'Italia presso la C.E.E. in Bruxelles come Consigliere.

Dopo un periodo a Roma alla Direzione Generale Affari Economici, nel 1998 è Ministro Consigliere a Londra.

Nel 2000 viene nominato Ministro plenipotenziario.

Dal 2002 è fuori ruolo per prestare servizio presso la Regione Campania quale Consigliere per gli Affari Internazionali del Presidente della Regione.

In alto una meravigliosa panoramica della città di Hammamet che ospita l'ambasciatore Antonio D'Andria dal 2002 che presta servizio presso la Regione Campania quale Consigliere per gli Affari Internazionali del Presidente della Regione. Al centro l'ambasciatore con il presidente della Federlab Vincenzo D'Anna

24 giugno 2008

ANCHE LA REGIONE MARCHE ADERISCE A FEDERLAB ITALIA

SAN BENEDETTO DEL TRONTO - Il giorno 24 giugno scorso presso lo Studio del Notaio Farina di San Benedetto del Tronto è stata costituita FederLab Marche, l'Associazione di Categoria dei Laboratoristi della Regione Marche aderente a FederLab Italia. Per informazioni ed adesioni è possibile prendere contatto con il dottor Nicola Marchionni ai seguenti recapiti telefonici 0735/84742 – 3483369525.

25 giugno 2008

COSTITUITA FEDERLAB SICILIA, NASCE L'ASSOCIAZIONE DEI LABORATORISTI SICILIANI

Una panoramica sugli incontri tenuti attraverso la Penisola

RAGUSA - Mercoledì 25 giugno 2008 alle ore 18 presso l'hotel villa Carlotta Via Gandhi, 3 Ragusa si è costituita FederLab Sicilia – Associazione di Categoria dei Laboratoristi Siciliani - Il modulo d'iscrizione appositamente compilato dovrà essere inviato alla sede di FederLab Italia al seguente numero di fax 06.97841203. L'adesione è gratuita. Le adesioni saranno accettate fino al termine del 31.12.2008 e, nelle more, la Presidenza dell'Associazione è affidata temporaneamente al Presidente di FederLab Italia Dott. Vin-

cenzo D'Anna. Completata la fase di accettazione delle iscrizioni l'Assemblea degli iscritti provvederà, nei termini previsti dallo Statuto, ad eleggere con pubblica adunanza, i Dirigenti dell'Associazione scelti tra gli iscritti. Gli organismi Dirigenti determineranno la linea politica dell'Associazione e le iniziative volte alla tutela degli interessi dei Laboratoristi Siciliani. Agli iscritti di FederLab Sicilia saranno garantiti, gratuitamente, tutti i servizi e le tutele riservate alle Associazioni di Categoria aderenti al Coordinamento



18 luglio 2008

FEDERLAB CAMPANIA, ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI AL TIBERIO PALACE HOTEL

Nazionale di FederLab Italia. Per ogni ulteriore informazione è possibile prendere contatto con i seguenti responsabili dell'Associazione: Dottor Gabriele Salvo – 348/4969371 Dottor Salvatore Battaglia – 338/8022778 Signora Liliana Masini – 340.8075111. L'Associazione procederà, tramite FederLab Italia, a richiedere i necessari accrediti presso tutte le Istituzioni Regionali.

NAPOLI - Una grande affluenza di associati Federlab Campania ha salutato venerdì 18 luglio scorso nelle splendide sale del Tiberio Palace Hotel, sito in Via Galileo Ferrarsi di Napoli l'Assemblea Generale dei Soci FederLab-SBV. Subito dopo la consueta relazione del presidente Vincenzo D'Anna, si è passati alla discussione dei numerosi ed importanti punti portati all'ordine del giorno che prevedevano: L'Accreditamento Istituzionale delle Strutture Ambulatoriali. L'Attuazione degli adempimenti previsti dal Regolamento n. 1 del 22.06.2007. Le modalità di verifica e controllo dei requisiti. Ad illustrare in maniera esauritiva c'è stata la relazione del Dott. Primo Sergianni - Dirigente Sanitario componente dei Nuclei di Valutazione. Immediatamente dopo c'è stato l'intervento del dottor Salvatore Rosolia che ha parlato del D.Lgs n. 81/08 e delle nuove disposizioni di Legge sulla sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro. Ha concluso la relazione illustrando il Documento di valutazione dei rischi e degli adempimenti connessi. Grande attenzione degli astanti per gli argomenti riguardanti la Determinazione dei Tetti di Spesa per gli anni 2006, 2007 e 2008 ed i chiarimenti riguardanti il calcolo della Regressione Tariffaria Unica (RTU) anni



8 luglio 2008

COSTITUITA FEDERLAB PIEMONTE ASSOCIAZIONE

DI CATEGORIA DEI LABORATORISTI DEL PIEMONTE

TORINO - Il giorno martedì 08 luglio scorso è stata costituita FederLab Piemonte, Associazione di Ca-

tegoria dei Laboratoristi della Regione Piemonte aderente a FederLab Italia. Per informazioni ed adesioni è possibile prendere contatto con il referente dottor Ernesto Grasso ai seguenti recapiti telefonici 011.6698370 – 3398552565 (orario di ufficio) .

2006 e 2007.

Si è discusso sui pagamenti delle spettanze arretrate ai Centri Accreditati, sulle modalità di rilascio delle certificazioni del credito, sulle operazioni So.Re.Sa. S.p.a e sullo smobilizzo dei crediti mediante operazione di cessione "pro-soluto".

Durante la manifestazione è stato distribuito il Manuale per l'Accreditamento Istituzionale per le strutture Ambulatoriali appositamente predisposto per gli Associati FederLab-SBV.

26 e 27 settembre 2008

INCONTRO INTERNAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI DEI LABORATORI DEI PAESI D'EUROPA E DEL MEDITERRANEO

NAPOLI - Nel quadro delle iniziative intraprese da FederLab Italia e degli incontri avuti con le altre Associazioni di Categoria rappresentative dei Laboratori di Analisi Cliniche in altri Paesi d'Europa e del Medi-



terraneo è stato organizzato un incontro Internazionale tra le delegazioni delle Associazioni medesime.

Scopo dell'iniziativa è quella di mettere a confronto la comune esperienza, il quadro normativo e legislativo esistente nelle varie Comunità Nazionali per la disciplina delle attività di Medicina di Laboratorio, procedere ulteriormente sulla strada della integrazione europea delle libere professioni e delle attività imprenditoriali di strutture sanitarie.

L'incontro internazionale avrà luogo il 26 e 27 Settembre a Napoli.

Nel corso delle giornate

saranno trattati i seguenti temi:

La classificazione europea data alla attività dei laboratori di analisi

Le proposte della CBE (Confederazione Biologi - Laboristi - Europei) a salvaguardia della professione di laboratorista

Il registro Europeo dei Laboristi Chimici redatto dall'EC4 - scopi ed obiettivi -

La rete dei laboratori di analisi in ambito Euro-med

La federazione euro mediterranea - progetti ed obiettivi correlati anche con il recente progetto europeo "Unione per il Mediterra-

neo" Interverranno alle giornate di studio i rappresentanti delle Associazioni dei Laboristi di Paesi Europei e del Magreb, Europarlamentari, rappresentanti dell'EC4 (Clinical Chemistry Societies within the European Union), della CBE (Confederazione Europea dei laboristi clinici), del CEPLIS (Consiglio Europeo delle Professioni Liberali).

10 ottobre 2008

FORMAZIONE E QUALITA', INCONTRO AD OTTOBRE A SORRENTO

SORRENTO - Il Presidente del Sindacato dei Laboristi della Tunisia dottor Bahri Cherif ha invitato la FederLab Italia a partecipare alla Federazione dei Biologi Euro Mediterranei che si è tenuta a Hammamet il 12-13-14 Giugno scorso.

Una delegazione di FederLab Italia ha partecipato alla manifestazione aderendo alla costituzione della Fe-

derazione. FederLab Italia ha già aderito alla Confederazione dei Biologi Europei C.B.E., in altre parole alla Federazione Europea di Chimica - Clinica e di Laboratori di Analisi Cliniche EC4 ed intende partecipare all'allargamento della Federazione alle altre Nazioni del Mediterraneo. L'intendimento è di contribuire ad estendere ed uniformare il quadro giuridico e normativo, nonché le opportunità e la tutela degli interessi della Categoria dei Laboristi ovunque quest'attività sia svolta dai singoli professionisti e/o dalle strutture societarie. L'accordo sarà sottoscritto dalle Associazioni fondatrici il giorno 3 Novembre 2008 a Parigi nel corso del Convegno Internazionale organizzato dal Sindacato dei Laboristi Francesi. FederLab Italia ha definito, inoltre, con le Associazioni aderenti dei percorsi formativi per il personale delle strutture e per l'uniformità delle procedure di qualità nei laboratori. Una giornata sul tema della formazione e della qualità si terrà, nella prima decade di Ottobre p.v. a cura di FederLab Italia a Sorrento (NA)



ITALIA

INWEEKEND

tutta l'Italia



in unClick

www.italiainweekend.it





STORIE DI ORDINARIA FOLLIA

Malasanità vissuta in diretta

L'incuria di Scampia si rispecchia anche negli ospedali. Nelle strutture sanitarie si entra a tutte le ore senza controllo, i familiari dei degenti fumano nei corridoi e gli operatori restano nelle stanze come se si proteggessero

▶ di Salvatore Cortese

Un celebre architetto diversi anni fa ebbe la brillante idea di progettare insediamenti popolari al rione Scampia a Napoli che riproduceva le condizioni ambientali dei vicoli partenopei, poiché le famiglie assegnatarie da lì provenivano. Furono così create le cosiddette vele di Scampia, un emerito disastro sociale ed ambientale. Molti sono gli esempi di questo stile di vita caratteristico del popolo napoletano relegato ai vicoli della città e ripreso da grandi scrittori e registi. Effettivamente il clima che respira il visitatore occasionale è quello dello stereotipo napoletano di città viva, solidale, partecipativa ma soprattutto creativa, caratteristica quest'ultima dei grandi geni dell'arte che hanno visto i natali a Napoli.

A questi aspetti molto positivi, sicuramente da preservare, che si colgono nei vicoli e nelle strade della città, esiste l'altra faccia della medaglia, rappresentata dal disordine, dall'incuria e spesso dall'individualismo che sfocia nella sopraffazione, che si registrano negli stili di vita di certe frange di popolazione napoletana. Ed è stato proprio questo clima che ho respirato nell'ultima settimana in uno degli ospedali della città, quel clima d'abbandono a stili di vita che non fanno onore alla gran cultura napoletana, fatta di tanto cuore e cervello.

E' con gran dispiacere segnalare che anche negli ospedali ritroviamo comportamenti riprovevoli. Non è accettabile che in una struttura di ricovero si possa accedere in tutte le ore del giorno senza controlli, che i familiari, e gli stessi pazienti, fumano sistematicamente nelle scale e spesso anche all'ingresso dei reparti, che gli operatori restano rinchiusi nelle loro stanze e che escono solo in caso di necessità, come se si proteggessero in una trincea, persone che con gran normalità imbratta i muri, urlano e buttano



Corsia di ospedale ridotta a discarica

a terra nei corridoi di tutto. Il clima è quello d'abbandono alle abitudini sbagliate di comportamenti senza regole, di disordine, alla mercé di persone che si sentono in diritto di portare con arroganza dentro ad una struttura che dovrebbe essere protetta le loro ragioni e stili di vita. La sanità è un'attività sacra, la cui ragione d'essere non è il lucro, bensì la salvaguardia delle persone in difficoltà. Una sanità sana non ha solo un risvolto morale, ma anche sociale poiché la salute delle persone impatta sul sistema economico di un paese. Più qualità in sanità in termini di riduzione delle liste d'attesa e maggiore appropriatezza delle prestazioni, equivale alla riduzione dei costi sociali. Per tutti questi motivi, una struttura sanitaria deve essere un ambiente protetto, i dirigenti devono essere in grado di progettare i servizi che essa eroga in modo da salvaguardare prima di tutto la salute dei pazienti, e quindi evitare "la mala sanità", inoltre

dovrebbe umanizzare le corsie, alleviare le sofferenze ed alimentare la speranza. In questo processo di miglioramento ed umanizzazione, non può essere escluso il personale medico e paramedico, che deve essere messo in grado di poter lavorare in sicurezza in un ambiente controllato e rigorosamente rispettoso delle regole, al fine di salvaguardarne la professionalità, competenze, etica ed umanizzazione. Napoli non è stata solo scuola di grandi artisti nel campo della musica, teatro e cinema, ma possiede una delle scuole di medicina più prestigiose ed antiche d'Italia che ha visto i natali di grandi medici, prima di tutti citiamo San Giuseppe Moscati. In quest'enorme potenziale culturale, è triste vedere che il gran cuore, le capacità tec-

niche ed umane partenopee vadano perse in uno stato di continuo degrado, incuria ed abbandono, che spesso passano sotto i nostri occhi con un'aria d'assuefazione mista di rassegnazione ed abitudine. Purtroppo non sempre l'incuria che investe la sanità riesce a passare sotto i nostri occhi, e quando riusciamo a vederla non deve assolutamente passare come "normalità". Così come non passano senza sdegno i paesaggi più belli del modo contornati dall'immondizia, espressione del mal governo di politici collusi senza scrupoli impegnati solo all'arrembaggio delle risorse e pronti a tutto pur di arricchire il loro tornaconto, politico ed economico. Tutti ci auspichiamo ad una moralizzazione delle funzioni che governano i nostri diritti primari, ma è anche necessario che tutti noi non ci abbandoniamo ad una rassegnazione culturale e che c'impegniamo ad un recupero dei principali doveri civici, patrimonio delle società evolute, do-

www.federlabitalia.com

HOME

ORGANI SOCIALI

LO STATUTO

CONTATTI

COME ADERIRE

BACHECA

LINKS

FEDERLAB ITALIA

COORDINAMENTO
NAZIONALE
DEI LABORATORI
DI ANALISI

Eventi Normativa Giurisprudenza Documenti Utili Servizio SMS Ufficio Legale Direttivo Nazionale Webmail

Sanità hi - tech made in Cnr

Dispositivi per localizzare lesioni tumorali, microsonde per diagnosticare precocemente la sordità, nuovi sistemi di gestione dei dati clinici. Se ne è parlato nella conferenza: L'applicazione delle nuove tecnologie nella sanità, nell'ambito del Sanit, Mostra Convegno tenutasi presso la Fiera di Roma. Un puntatore laser per localizzare le lesioni tumorali, un nuovo test per diagnosticare la sordità a soli due giorni di vita. Di questi e di tanti altri risultati targati Cnr si è parlato nel corso della Conferenza: L'applicazione delle nuove tecnologie nella sanità tenutasi presso la Fiera di Roma. L'incontro si è inquadrato nell'ambito del Sanit, una Mostra Convegno che ha l'obiettivo di informare i cittadini sui servizi offerti dalle strutture pubbliche e private e sulle novità nel settore medico. Il Cnr ha presenziato con tecnologie d'eccellenza e con progetti tesi a migliorare la salute dell'uomo.

Tra i gioielli di casa, spicca un sistema di diagnosi con puntatore laser prodotto da "Li Tech" - azienda di spin off nella quale il CNR detiene il 24% delle azioni - che presto sarà adottato dai policlinici "Sant'Andrea" e "La Sapienza" di Roma, spiega Alessandro Soluri, ricercatore dell'Istituto di Ingegneria Biomedica (Isib) del Cnr. Un altro fiore all'occhiello è il test audiometrico che si effettua appoggiando nel padiglione auricolare una sonda miniaturizzata che invia stimoli acustici e registra le risposte dell'orecchio, ossia le otoemissioni. "Grazie a questo nuovo test" - spiega Ferdinando Grandori, direttore dell'Isib - Cnr, "è possibile intervenire nei primi 4 - 5 mesi di

vita del bambino, con grandi possibilità di recupero".

L'impegno profuso dal Cnr nella ricerca oncologica ha avuto come scopo principale il trasferimento dei risultati di laboratorio all'applicazione clinica, spiega Rosella Silvestrini, coordinatrice dei progetti strategici "Oncologia". Risultati importanti sono stati ottenuti nella caratterizzazione biomolecolare dei tumori umani, a scopo prognostico e terapeutico, utilizzando tecnologie innovative, nella diagnosi molecolare precoce e nell'utilizzo di farmaci non convenzionali e intelligenti, cioè diretti verso target molecolari.

Ma le novità targate Cnr non finiscono qui e riguardano anche la gestione informatica delle attività sanitarie. L'Istituto di Fisiologia Clinica (Ifc) del Cnr di Pisa presenterà un sistema di informatizzazione e gestione dei dati clinici, attualmente pienamente operativo nei due presidi ospedalieri di cardiologia e cardiocirurgia gestiti dall'Istituto a Pisa e a Massa. Bando ai faldoni degli archivi cartacei, nelle due strutture ospedaliere tutto passa attraverso la rete: cartelle cliniche, tac, immagini. "È un sistema unico" garantisce Luigi Donato, direttore dell'Istituto Cnr. Di grande utilità per gli studi epidemiologici è la banca dati che a partire dal 1970 ha archiviato informazioni cliniche su 12.000 pazienti con patologie cardiovascolari.

Nelle vene con il laser

Secondo la prassi convenzionale, l'intervento grazie al quale si possono asportare le vene varicose consiste nel chiudere o rimuovere la zona che è stata danneggiata.

Questa prassi in futuro potrebbe essere sostituita da una nuova tecnica: il laser. Infatti, gli angiologi

della Duke University hanno migliorato le tecniche utilizzate per effettuare gli interventi con laser.

Tra le nuove innovazioni proposte da questi studiosi è presente l'utilizzo del laser in una operazione in cui al paziente viene somministrata un'anestesia, questo intervento può

durare fino a 30 minuti e dopo un ora circa il paziente riconquista la perfetta funzionalità della vena.

Questa notevole tecnica consiste nel far incannulare la vena da curare per mezzo di un catetere in cui, al suo interno, viene fatto passare il laser. Grazie a questa operazione, il laser agisce solo sulla zona interessata con cicatrici minori rispetto a quelle che si presentano dopo un tradizionale intervento chirurgico.

Questo tipo di malattia colpisce secondo un'indagine statistica circa il 40 per cento delle persone tra cui il 25 per cento delle donne e il 15 per cento degli uomini.

Nel caso in cui non sia necessario l'intervento, per una vena varicosa, i medici consigliano il miglioramento del tenore di vita dei pazienti.

Questa correzione favorisce un miglior deflusso del sangue che limita la formazione di vene varicose.



In alto un istituto del CNR.
A destra un parto prematuro



Le proprietà del progesterone

Michael W. Varner, ostetrico e ginecologo dell'Università dello Utah ha riportato una serie di risultati che dimostrerebbero come l'iniezione di ormoni tipo progesterone sembrerebbero potenzialmente in grado di ridurre di più di un terzo i parti prematuri. Il ricercatore ha sperimentato gli effetti dell'ormone 17P che avrebbe ridotto il rischio delle nascite prima della 37ª settimana di una per-

centuale superiore al 34%. Lo studio è stato effettuato su un campione di oltre 450 donne. Lo studio è iniziato nel 1999 ed è durato due anni e mezzo, durante questa ricerca alcune donne sono state trattate con placebo mentre altre con l'ormone 17P, fra queste ultime Solo il 36,3 % hanno partorito prima di 37 settimane, contro il 54,9 % delle donne che assumevano il placebo.

È ancora sconosciuto come 17P prolunghi la gestazione, anche se si sa che il progesterone fa distendere la parete liscia del muscolo dell'utero, impedendo l'azione dell'ossitocina, un ormone che fa avvenire la contrazione dell'utero. Per quanto riguarda i bambini nati dalle madri che hanno ricevuto 17P, risulta che le loro condizioni sono migliorate, essendo migliorata la loro respirazione e dimi-

nuite le infezioni intestinali. Negli Stati Uniti i parti prematuri sono in aumento e sono considerati la causa principale del alto tasso di mortalità infantile. La frequenza di parti prematuri è associata a feti multipli, infezioni; la frequenza di questi eventi è più bassa nell'Europa del Nord perché le donne non lavorano oltre la ventesima settimana di gravidanza ed hanno il congedo pagato.

emozioni
mediterranee



© giacomo musella

ISCHIA E PROCIDA



CAMPANIA

UNA TERRA ALLA LUCE DEL SOLE



AZIENDA AUTONOMA DI CURA E TURISMO DELLE ISOLE DI ISCHIA E PROCIDA

80077 ISCHIA (NA) - VIA SAGLIUZZO, 72 - TEL. 081/5074211-31 - FAX 081/5074230
e-mail: az-turismo@infoischiaprocida.it