

Tutte le regioni legiferano sui requisiti organizzativi dei laboratori Verso l'accreditamento

Dopo Calabria e Puglia anche la Sicilia adotta provvedimenti per la riorganizzazione del settore

EDITORIALE



Un cappellino nuovo
per Madame Verdurin

► Vincenzo D'Anna*

Federlab Italia compie un Anno di vita. È ormai presente in quindici regioni, e sono oltre mille duecento le strutture di laboratorio iscritte alle Associazioni aderenti al Coordinamento Nazionale. È questo, in sintesi, il primo consuntivo che è possibile tracciare dopo un anno d'attività, caratterizzata soprattutto dalla costante ricerca di dialogo con tutti i laboratoristi e dalla quotidiana preoccupazione di informare e tutelare i colleghi sparsi per l'Italia, anche con decine di interventi in sede giudiziaria. Un ristretto lasso di tempo che tuttavia ha fatto registrare significativa risultati: Convegni di rilevanza Nazionale ed Internazionale, l'approvazione di un Ordine del giorno dalla Camera dei Deputati in materia di Tariffe e Programmazione Sanitaria, l'Accredito presso tutte le Istituzioni regionali e nazionali, da ultimo l'incontro col Sottosegretario Fazio ed il Ministro Tremonti.

Fatta l'Associazione, occorre fare gli associati!!

Ancora molte sono le differenze da colmare nelle varie realtà territoriali, ancora troppe le norme ed i requisiti da uniformare nella branca specialistica di laboratorio. Il contesto delle norme che disciplinano la medicina di laboratorio è ancora variegato sul territorio e solo in questi giorni alcune regioni stanno adeguando e ammodernando il novero dei requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e di qualità richiesti a ciascuna struttura di laboratorio.

In alcune realtà meridionali, per molti, forse troppi anni il comparto ha vissuto nell'immobilismo ed i laboratoristi si sono cullati nell'idea che nulla potesse turbare quello stato di cose. Iniqui Tetti di Spesa, determi-



nati in capo alle singole Strutture in base al fatturato prodotto dalle medesime nelle precedenti annualità, hanno indotto i piccoli e medi laboratori a ritardare l'ammodernamento e l'adeguamento della propria struttura. Complici, consapevoli, gli apparati burocratici e politici che non hanno mai manifestato un vero interesse a recepire in atti deliberativi la complessa ed articolata normativa, omettendo di verificarne l'attuazione presso le strutture; una sorta di tacito patto tra controllori e controllati. Questi ultimi, avviliti e stremati dalle esigue disponibilità economiche concesse, hanno programmato l'attività delle proprie strutture cullandosi nella speranza che la parte pubblica mai avrebbe proceduto ad una seria verifica della regola delle "tre A": Autorizzazione, Accredito istituzionale e Accordi contrattuali. A turbare i placidi sonni è venuto l'ingente mole di debito pubblico sanitario, che ha imposto alle regioni l'obbligo di pareggiare il bilancio. Appositi Piani di rientro dal debito sono stati redatti dal-

le regioni più indebitate, pena la sospensione dell'erogazione delle risorse finanziarie da parte dello Stato. Ogni ambito delle attività sanitarie è stato oggetto di provvedimenti con l'individuazione di specifici obiettivi di risparmio, utili a ricondurre il bilancio regionale alle condizioni economiche programmate. In questo più ampio contesto devono essere inquadrati i provvedimenti riguardanti, la Sanità privata, ovvero la necessità di completare il percorso d'Accredito definitivo delle Strutture ambulatoriali e la riorganizzazione della Rete dei laboratori d'analisi, quest'ultima espressamente prevista anche dalla Legge finanziaria 2007.

Una situazione straordinaria che ha imposto a ciascun Ente regionale l'accelerazione dei processi d'accredito e l'adozione di provvedimenti di riorganizzazione, tesi al raggiungimento degli obiettivi di contenimento della spesa. Rotto il patto tacito tra controllori e controllati, occorre che ciascuno prenda coscienza che per rimanere nel-

l'ambito del Servizio Sanitario in qualità d'erogatore di prestazioni, occorre che la struttura acquisisca e mantenga nel tempo i requisiti di qualità. Nessuno potrà più contare sulla benevola distrazione delle Aziende Sanitarie. Federlab Italia intende sostenere gli sforzi di tutte le strutture e soprattutto di quelle più svantaggiate. Le forme d'aggregazione "volontarie" per raggiungere la soglia minima d'efficienza, rappresentano un'opportunità per quanti non possono acquisire i requisiti. Occorre confrontarsi con la parte pubblica per individuare percorsi condivisi di Consorzi tra Strutture senza svilire il ruolo e la funzione della Rete delle strutture. L'individuazione di criteri e parametri per determinare la capacità operativa massima di ciascuna struttura, rapportando quantità e qualità delle prestazioni erogate è la condizione per livellare la disparità tra grandi e piccole strutture, assegnando a ciascuna il proprio carico di requisiti.

La programmazione preventiva dei volumi e delle tipologie di prestazioni da erogare rappresenta la condizione per arrivare ai tetti di branca specialistica, ovvero l'ulteriore livellamento delle opportunità e delle possibilità per tutte le strutture di laboratorio. I recenti provvedimenti varati dal Governo vanno nella giusta ed auspicata direzione e lasciano lo spazio per ulteriori interventi. Federlab Italia intende affrontare la sfida dei tempi nuovi e della modernità. Intervendo presso il legislatore nazionale e nelle realtà regionali per contribuire alla riorganizzazione della rete dei laboratori. L'esistenza sul territorio delle strutture garantisce una presenza capillare che il grande capitale non potrà mai sostituire. Occorre però, superare la vecchia e retriva mentalità di coloro che intendono fare del passato il proprio futuro. Nella Recherche di Proust compare Madame Verdurin, una donna che vive il cambiamento dei tempi indossando abiti alla moda. Anche ai laboratoristi occorre un cappellino nuovo.

*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!!



Accordi Contrattuali Soglia minima di efficienza e Tariffe

Legge 06.08.2008 n. 133. Modifica degli artt. 8 quater e 8 quinquies D. Lgs. 229/99

In questa pagina pubblichiamo alcuni stralci della Legge che ha, tra l'altro, modificato l'articolo 8 quinquies del D.Lgs. 229/99 inerente gli Accordi Contrattuali tra Aziende Sanitarie Locali e Strutture Private Accreditate.

Dal combinato disposto emergono significative novità circa le procedure per la fissazione dei Tetti di Spesa, ovvero dei volumi di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare distinti per tipologie e modalità di assistenza (Tetto di Branca Specialistica).

Ulteriore importante novità è la modifica dell'art. 8 quater del DLgs 229/99 con l'introduzione del criterio di Soglia minima di efficienza

delle strutture sanitarie, ovvero delle strutture accreditabili con il Servizio Sanitario Nazionale. Il nuovo provvedimento di Legge introduce significative novità anche in materia di calcolo delle tariffe per il pagamento delle prestazioni sanitarie, ed abolisce il Decreto 15.04.1994 che indicava, in precedenza, i criteri e le modalità di fissazione delle tariffe.

Introdotta anche significative novità circa le procedure di verifica delle autocertificazioni

per reddito resa dagli Utenti del Servizio Sanitario Nazionale. Giova ricordare che FederLab Italia, al fine di rendere ulteriormente chiaro il contenuto delle modifiche introdotte dal Legislatore, ha sollecitato un Ordine del Giorno che la Camera dei Deputati ha già approvato nella seduta del 23.07.2008, (che qui di seguito pubblichiamo) e che dovrà, successivamente, essere trasfuso in provvedimento legislativo.



zione che le regioni propongono al Ministero per l'approvazione ai sensi dell'articolo 1 comma 796 lettera O della Legge finanziaria 2007, già varati i Piani di riorganizzazione della Campania, Piemonte, Molise e Abruzzo. In corso di definizione quelli delle regioni Lazio, Liguria,, Puglia e Sicilia. Di particolare rilevanza i Piani di Riorganizza-

nima di efficienza indicata dal Ministero, in centri prelievo. Federlab Italia si è fermamente opposta all'ipotesi prospettata dal Ministero impugnando alcune delibere adottate dalle regioni che recepivano acriticamente ed attuavano l'ipotesi ministeriale. La regione Molise e la Campania hanno concordato con Federlab Italia Piani di riorganizza-

quantamila prestazioni annue. Occorre attraverso l'istituzione di Consorzi tra strutture, consentire aggregazioni volontarie compatibili con una soglia minima di efficienza più alta di quella esistente. Adeguare gli standard organizzativi strutturali, strumentali e di personale per garantire livelli di qualità elevata delle prestazioni di laboratorio deve necessariamente indurre le piccole strutture ad adeguamenti che risulterebbero impossibili per piccoli volumi di prestazioni erogate e di fatturati prodotti. L'unica strada è l'accorpamento volontario in forme consortili.

Art. 79. Programmazione delle risorse per la spesa sanitaria

1-quinquies.
Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni

2-quinquies.
In caso di mancata stipula degli accordi di cui al

presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo

8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni

per conto del Servizio sanitario nazionale interessati e' sospeso».

...
1 sexies.

...
b) con il medesimo decreto di cui alla lettera a) sono definite le modalità con cui il cittadino e' tenuto ad autocertificare presso l'azienda sanitaria locale di competenza la sussistenza del diritto

all'esenzione per reddito in difformità dalle predette informazioni, prevedendo verifiche obbligatorie

zione della rete di laboratori delle regioni ove il numero di delle strutture è particolarmente elevato e necessita, pertanto, di un Piano di razionalizzazione, indipendentemente dagli obiettivi di risparmio realizzati. Ciascuna regione ha disciplinato sulla falsariga di un modello proposto dai tecnici del Ministero della salute. Il progetto ministeriale ricalca e propone il modello di organizzazione in vigore nelle regioni Emilia Romagna e Toscana, punta sostanzialmente a creare delle megastrutture trasformando la rete territoriale dei laboratori di dimensioni inferiori alla soglia mi-

zazione della Rete di laboratorio secondo percorsi condivisi con le Associazioni di categoria. La regione Puglia prospetta un'ipotesi di riorganizzazione originale e comunque, difforme dalla proposta ministeriale che troverete nelle pagine del giornale

La regione Sicilia si è aperta alle osservazioni di Federlab partorendo un Piano di riorganizzazione compatibile con la realtà territoriale esistente e coniugata con l'esigenza di razionalizzare il comparto. In Sicilia su settecento strutture di laboratorio, quattrocentosettanta producono volumi inferiori a cin-

Le regioni indebitate hanno dovuto definire in sede di conferenza Stato Regioni degli appositi Piani di rientro dal debito accumulato. Giova ricordare che la relazione della Corte dei Conti pubblicata negli stralci riguardante la spesa sanitaria assegna il primato del debito alla regione Lazio con

11 miliardi di euro di deficit seguite a ruota dalla Campania con 8,5 miliardi di deficit e dalla Sicilia con 6 miliardi di euro, segue la "virtuosa" Lombardia con 4,8 miliardi e l'Emilia Romagna con 4,7 miliardi. Ciascuna regione ha adottato provvedimenti di rientro dal debito con le indi-

cazioni di specifici obiettivi di risparmio. Uno degli obiettivi di risparmio è quello scaturente dal completamento del percorso di Accreditamento delle Strutture sanitarie e della razionalizzazione delle stesse. I laboratori di Analisi pubblici e privati sono soggetti ai Piani di Razionalizza-

da parte delle aziende sanitarie locali delle informazioni rese dagli assistiti in contrasto con le informazioni rese disponibili al SSN e, in caso di accertata dichiarazione mendace, il recupero delle somme dovute dall'assistito, pena l'esclusione dello stesso dalla successiva prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN;

Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'art. 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di

classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di:

a) costi 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. Lo stesso decreto stabilisce i criteri gene-

rali, 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 tariff-

Si riporta il testo dell'art. 8-quinquies del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dalla presente legge: «Art. 8- ((quinquies (Accordi contrattuali). - 1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regio-

concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura. 2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso edequiparate valutazioni comparative della qualità e deico-



fario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di 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 importi 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 disposizione e' abrogato il decreto del Ministro della sanità' 15 aprile 1994, recante "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994.».

data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti: a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

nale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale; c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza; d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del

sti, definiscono ((accordi con le strutture pubbliche, comprese le aziende ospedaliero-universitarie)) , stipulano contratti con quelle private e con professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi; b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza.

Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati.

Non essendo ancora chiara questa legge, c'è bisogno di chiarire alcuni aspetti riguardanti la programmazione sanitaria e la fissazione di alcuni tetti di spesa per branca specialistica e non per struttura. Deve essere ulteriormente precisato il percorso indicato dalla legge, circa la determinazione delle tariffe inserendo nel calcolo delle stesse il profitto d'impresa.

Per visionare il testo integrale della legge vi invitiamo a visitare il sito www.federlabitalia.com



Tenuta Tifata

HOTEL - CENTRO CONGRESSI - RICEVIMENTI - EVENTI
SAN PRISCO - CASERTA - www.tifataresort.it

L'impegno principale è programmare una Sanità a misura dei cittadini

Russo: "Gli interessi degli assistiti al primo posto"

L'Assessore regionale alla Sanità ha elogiato le strutture di eccellenza presenti al nosocomio Peloritano

"Se dovessi giudicare la Sanità siciliana da quello che ho visto a Messina dovrei affermare che esistono molte eccellenze e tanta gente che lavora. La nostra prospettiva sarà di rendere eccellente anche la normalità e ci impegneremo per realizzare quest'obiettivo. Io vengo da un mondo, quello della Giustizia, dove è importante la cultura dei fatti e questo metodo lo voglio trasferire anche in questo settore per realizzare, insieme agli operatori, una Sanità che fornisca ottimi servizi ai cittadini".

Lo ha affermato l'assessore regionale alla Sanità, Massimo Russo recatosi in visita al Policlinico Universitario di Messina, dove ha visitato alcuni dei Centri di eccellenza del nosocomio peloritano. Durante la sua visita, l'assessore alla Sanità è stato accompagnato dal Rettore, professor. Francesco Tomasello, dal Preside della Facoltà di Medicina, professor. Emanuele Scribano e dal Commissario straordinario del Policlinico Universitario, dottor Giuseppe Pecoraro. Tra l'altro, l'assessore ha visionato anche l'importante Centro di Simulazione per la formazione Avanzata in Sanità del Policlinico: un vero e proprio ospedale virtuale dove è possibile fornire al personale medico un'esperienza d'alta formazione in molteplici aree te-



Il policlinico di Messina e un'equipe medica durante un intervento

matiche attraverso la riproduzione di reali attrezzature ospedaliere e di simulatori che propongono procedure interventistiche reali. Il Centro si trova al Palazzo dei Congressi ed è una delle poche strutture in Italia dove, grazie al connubio tra tecnologie di simulazione d'ultima generazione con metodologie didattiche partecipative, si può ricreare con assoluta fedeltà la complessità di uno scenario clinico.

Personale medico ha effettuato poi per l'assessore delle simulazioni su robot umanoidi che replicano l'anatomia e la fisiopatologia umana, dimostrando l'utilità di tale Centro per prevenire l'errore clinico e per ottenere una preparazione d'altissimo livello per il personale medico.

L'assessore ha poi illustrato in una delle sale conferenze del Palazzo dei Congressi le sue strategie per la Sanità Siciliana. "Dobbiamo mettere al centro del Sistema Sanitario - ha detto Russo - gli interessi dei cittadini. Dobbiamo dare delle risposte attraverso un'organizzazione efficiente che si avvalga di uomini validi cui affidare questa missione. Bisogna però tenere anche conto del budget sanitario. La Regione siciliana impegna circa il 57% del suo bilancio per la Sanità.

Dobbiamo risolvere il deficit economico perché siamo sull'orlo della bancarotta e dovremo farlo però, cercando di consentire al sistema sanitario di andare avanti. Questo deve essere un problema condiviso da tutti e nessuno

deve tirarsi indietro. Dobbiamo mettere mano alla nostra rete di servizi e rimodulare la nostra offerta sanitaria rispetto ai bisogni reali, senza tagliare posti letto, ma predisponendo un'adeguata programmazione e una maggiore sinergia tra le diverse aziende.

Quest'ultimo concetto è stato rimarcato nel suo intervento dal rettore dell'Università di Messina, professor. Francesco Tomasello che ha posto l'accento "sull'esigenza di una maggiore integrazione tra le aziende ospedaliere attraverso una logica di sistema". "Le strutture sanitarie universitarie ospedaliere - ha affermato Tomasello - dovrebbero affrontare un processo di valutazione, esponendo i risultati migliori sia co-

me produttività assistenziale che scientifica; questo potrebbe portare ad un'anagrafe regionale della sanità, non per innescare inutili competizioni, ma per sviluppare un modello di solidarietà sul piano professionale culturale e assistenziale. Strutture omogenee dovrebbero consorziarsi a livello interaziendale per condividere applicazioni di nuove linee guida e nuovi standard nelle scelte terapeutiche, programmando percorsi comuni di formazione e ricerca.

Le attività sarebbero svolte sotto la guida dell'assessorato alla Sanità e le Università dovrebbero contribuire all'individuazione delle priorità strategiche sanitarie aderendo al modello integrato e trasferendo parte dei percorsi formativi in un

rete universitaria e ospedaliera". Il commissario straordinario del Policlinico Giuseppe Pecoraro è poi intervenuto sul problema del deficit economico sanitario e ha sottolineato "l'importanza di trovare convergenza su alcuni obiettivi, poiché solo così si potranno risolvere i problemi".

"Se si trovano, infatti, delle regole condivise da tutti - ha aggiunto Pecoraro - si possono trovare le soluzioni comprendendo quali sono i punti di forza e quelli di debolezza". Il preside della facoltà di Medicina, il professor. Emanuele Scribano ha poi illustrato tutte le attività della facoltà di Medicina per il 2008, tra le quali il progetto "No Fear", promosso dalla Facoltà commemorare il terremoto del 1908.

L'assessore Russo ha inoltre preso visione di alcune delle più importanti tecnologie presenti all'Aou di Messina tra le quali il Cyberknife e altre importanti tecnologie presenti nell'Unità Operativa di Medicina nucleare. Infine, l'assessore Russo ha anche incontrato da un gruppo dei precari del Policlinico cui ha assicurato un suo interessamento per risolvere il problema della stabilizzazione, avendo anche notato gli sforzi di questi mesi per rientrare nel budget previsto da parte dell'Azienda sanitaria peloritana.

LE ULTIME SUL DECRETO RUSSO

Piove carta bollata sulla sanità siciliana

Si va avanti (per modo di dire) a colpi di sentenze e ordinanze dei vari TAR dell'Isola

► di Giovanni Tringali*

Il tanto discusso decreto dell'Assessore per la Sanità della Regione Siciliana, dott. Massimo Russo è stato sospeso con decisione 1068/08 dal TAR Palermo. La suddetta decisione, assunta "inaudita altera parte", ancora prima della Camera di Consiglio fissata per il 7 ottobre 2008, ha reso inefficace, seppur solo in via cautelare ed urgente, il cosiddetto "decreto Russo" i cui tagli indiscriminati hanno colpito in ugual misura sia la sanità mediocre che quella qualificata

rispetto alla Lombardia; sette volte in più rispetto al Veneto! Con tutto questo personale la Sanità sarebbe dovuta andare a gonfie vele, eppure in questi giorni basta recarsi di primo mattino nei vari ospedali o poliambulatori pubblici per constatare de visu che i siciliani non meritano questo tipo di assistenza; lo stesso, ovviamente, vale anche per alcune strutture private che stanno letteralmente scoppiando perché ancora

TAR i problemi vengono risolti. Infatti l'I.R.M.A. di Acireale con sentenza 1119/08 del TAR Catania ha avuto riconosciuto il diritto di negoziare le

tenze, appelli sono argomenti che stanno tenendo banco in Sicilia ed il barometro sanitario segna una pressione sempre più elevata che sta per far scoppiare



il comparto dell'assistenza specialistica. D'accordo! Ci sono troppi laboratori in più rispetto alle altre regioni; tuttavia il comparto della specialistica accredita-

ta non è a carico della Sanità regionale ma dei privati. Non si può quindi tagliare una spesa sanitaria se questa non grava sulla cassa della Sanità! In questo modo si tagliano solo i servizi ai cittadini e non si risparmia un solo euro! Ben altri sono gli sprechi e questo lo riporta senza mezzi termini anche la Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana Lo si legge esplicitamente nel decreto 30 settembre 2005, pubblicato sulla GURS n° 2 del 13 gennaio 2006, il quale ha evidenziato che il sistema di pagamento prospettico basato sui DRG (Diagnosis Related Group) non è stato in grado di contenere la spesa sanitaria e di fatto si è rivelato un vero e proprio fallimento. Infatti nella Regione siciliana è cresciuta sempre più la tendenza al ricovero per patologie acute che potrebbero essere trattate ambulatorialmente o domiciliariamente ed il tasso di ospedalizzazione dal 177% del 1996 è passato al 261% del 2004. Sono cifre da scandalo, cifre sulla quali i vertici regionali devono prontamente intervenire. Seicento euro per singola gior-

nata di ricovero! Costi d'ospedalizzazione come un albergo di lusso... però si tagliano le prestazioni specialistiche!. I ricoveri inappropriati, qui si, bisogna tagliare e tagliare energicamente se si vuole salvare la Sanità siciliana. Tagliare i privati accreditati non solo non risolve ma depotenzia quell'importante filtro ai ricoveri che è il territorio per cui le inapproprietezze anziché ridursi aumenteranno ancor di più. Tra l'altro i provvedimenti della Giustizia Amministrativa stanno determinando un marasma generale per cui nessuno capisce niente. All'AUSL 3 di Catania le competenze delle negoziazioni dalla Medicina di Base sono passati al Settore

sempre più critica. Il sistema pubblico sta letteralmente scoppiando e tra l'altro i laboratori ospedalieri rischiano di rimanere senza reagenti per potere effettuare gli esami ai ricoverati. Ho sentito tanti assistiti lamentarsi per avere votato l'attuale compagine di governo, tuttavia non ritengo che sia una questione risolutiva un cambio di guardia.

Per cambiare sistema occorre che prima cambi la mentalità, la cultura e la consapevolezza di capire cos'è il Servizio Sanitario.

Ho visto persone che danno da mangiare ai loro cani i biscotti acquistati con il sussidio per i celiaci, ho visto dipendenti negli uffici amministrativi delle AUSL che hanno il di-

lemma di non sapere quale giornale leggere (7 volte in più personale rispetto al Veneto!!!), ho visto (spessissimo) persone che per una cena spendono anche 80 euro a persona ma quando si tratta della salute ci pensano 10 volte prima di spendere perché si è radicata da tempo la cultura della cosiddetta

"cassa mutua" che deve risolvere i problemi della sanità senza far pagare nulla ai cittadini... pura illusione!

Oggi la cassa è completamente vuota e, scusate la ripetizione, batte cassa al governo centrale il quale è irremovibile sugli immani sprechi sanitari della Sanità siciliana dato che nella classifica di virtuosità sanitaria la Sicilia è tra gli ultimi posti.

Pioggia di carta bollata sulla sanità siciliana... come se non bastassero gli sprechi! Ai ricoveri inappropriati si aggiungono anche le spese legali di centinaia e centinaia di ricorsi.

*direttore sanitario dell'I.R.M.A. di Acireale (iscritto FEDERLAB)



La sede del Tar della Sicilia, e in alto nel riquadro il dott. Trincali

o, ancor di più, l'eccellenza. Ogni fine anno si ripete così la solita saga da parte di un servizio sanitario che non riesce a garantire una Sanità efficiente, efficace e meritocratica e che spreca indecorosamente le risorse economiche come dimostrano i numeri: il servizio sanitario siciliano ha sei volte in più personale sanitario

non hanno sfiorato il budget. Il risultato? Attese di mezza giornata spesso in fila all'impiedi! In provincia di Catania molti sindacati e singoli titolari di laboratorio hanno adito il TAR per avere giustizia. Una valanga di carta bollata sta caratterizzando in questo periodo la Sanità siciliana. Tuttavia non è detto che se si vince al

prestazioni che assicurano i Livelli Essenziali di Assistenza, tuttavia l'Azienda, anziché venire incontro ai cittadini incrementando il budget all'Istituto, con pervicace ostinazione ha opposto appello al Consiglio di Giustizia Amministrativa e così il 14 ottobre 2008 è stata fissata l'udienza. Ricorsi, ordinanze, sen-

Una valanga di carta bollata sta caratterizzando in questo periodo la Sanità siciliana

Decreto Assessore alla Sanità della Regione Sicilia

Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di Laboratorio

di Anselmo Tagliacozzi



L'assessore Massimo Russo

I Tecnici del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia, componenti il Tavolo Tecnico, allo scopo istituito per la verifica e l'attuazione del piano di rientro dal debito, nonché per la verifica del raggiungimento degli obiettivi di risparmio programmati, hanno approvato le misure proposte, con Decreto Assessorile, dalla Regione Sicilia concernenti "Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009. Obiettivo operativo B.1.6.2."

Il documento contiene, tra l'altro, provvedimenti riguardanti la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati provvisoriamente accreditati, con la definizione della soglia minima d'efficienza. Il piano approvato dal Tavolo Tecnico contiene, anche, apposite schede tecniche circa il modo di determinazione della Capacità Operativa delle strutture di laboratorio, in altre parole della parametrizzazione quali-quantitativa dei volumi di prestazioni erogabili da ciascuna struttura di laboratorio rapportata alla propria configurazione organizzativa strutturale, tecnologica e di personale.

Tipologia	Prestazioni
Laboratori di Base	100.000-500.000
Laboratori di base con settori specializzati	+ 10.000 per ogni settore

Sulla base della frequenza, complessità, grado di automazione applicabile in un corretto rapporto costo/beneficio e livello specialistico, oltre che per le caratteristiche connesse alle specifiche di trattamento dei campioni biologici, risulta

proponibile applicare, di norma, uno standard compreso tra 100.000 e 500.000 prestazioni per erogatore, da definire in funzione delle realtà territoriali.

In particolari situazioni, purchè opportunamente motivate e documentate, potrà essere mantenuto un rapporto prestazioni/erogatore inferiore a quello previsto. (Piccole Isole, Comunità montane geograficamente isolate, comuni con rete viaria poco utilizzabile)

Le strutture prevedibili dovranno essere ricondotte alle tipologie come da tabella n°1.

Criteri da seguire per l'ipotesi di accorpamento:

- 1) presenza di adeguata rete viaria;
- 2) distanza tra punto prelievo e laboratorio centralizzato non superiore a 25 Km. Tale distanza potrà essere aumentata in presenza di rete viaria autostradale o strade ad alta viabilità; (La distanza non sarà considerata in presenza di Consorzi già esistenti);
- 3) accorpamento di tutti i laboratori privati accreditati con budget inferiore o uguale a euro 200.000 € (che rappresentano l'equivalente di 50.000 prestazioni anno)
- 4) Nei grossi centri urbani andrà ricercato il più elevato rapporto volumi di prestazioni/anno possibile secondo il seguente schema:

- a. Città con popolazione superiore a 500.000 abitanti: 1/500.000 prestazioni annue
- b. Città con popolazione tra 300.000 e 500.000 abitanti: 1/300.000 prestazioni annue;
- c. Città con popolazione inferiore a 300.000 abitanti: 1/200.000 prestazioni annue.

Definizione della Disciplina

Il piano di razionalizzazione si applica a tutte le discipline dell'area della Medicina di Laboratorio che include:

1. Patologia Clinica e/o Biochimica Clinica
2. Microbiologia - Virologia

3. Genetica
4. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

CONFIGURAZIONE TECNOLOGICA	Coefficiente di correzione
MANUALE	0.85
AUTOMATICA CON ACCESSO SEQUENZIALE AL CAMPIONE	1.00
AUTOMATICA CON ACCESSO RANDOM AL CAMPIONE	1.10

CONFIGURAZIONE TECNOLOGICA	Coefficiente di correzione
ALTA AUTOMAZIONE: ACCESSO RANDOM AL CAMPIONE, INTERFACCIAMENTO BIDIREZIONALE AL SISTEMA INFORMATICO, IDENTIFICAZIONE DEL CAMPIONE MEDIANTE CODICE A BARRE O ALTRA TECNOLOGIA	1.20

Capacità Operativa Massima strutture e/o consorzi:

Rapporto quali-quantitativo tra volume, tipologia di prestazioni erogate e requisiti strutturali, strumentali, organizzativi e di personale delle strutture e/o consorzi.

TIPOLOGIA DI PRIMO LIVELLO:

Attività di prelievo: 10 prelievi ora per operatore
Carico di lavoro massimo / 40 prelievi giornalieri
Numero max di prest/anno 100.000

Numero Max di prest/anno di esami microbiologici: 2.000
Totale delle prestazioni / anno: 102.000

Il numero massimo di prestazioni è implementato applicando un coefficiente di correzione in base alla configurazione tecnologica.

PERSONALE

1 Direttore responsabile (medico specialista in disciplina afferente la patologia clinica, biologo o chimico);

1 Collaboratore professionista laureato (medico, biologo o chimico);
2 Tecnici di laboratorio titolo abilitante: diploma universitario ex L. 251/2000 o titolo equipollente ai sensi del D.M. 27.7.2000, ovvero diploma di Istruzione di 2° grado e dimostrazione di 5 anni di lavoro con la qualifica ed assolvimento dei contributi versati.

PERSONALE

1 Addetto alle attività amministrative;

1 Addetto alle pulizie o contratto con ditta di pulizia.

E' consentito l'utilizzo di personale laureato medico, biologo o chimico a rapporto libero professionale.
Il Direttore responsabile dovrà assicurare una presenza oraria settimanale di almeno 15 ore

ATTIVITA' DI PRELIEVO

I prelievi possono essere svolti dalle seguenti figure professionali:

Medico chirurgo;
Biologo abilitato;
Infermiere professionale (titolo abilitante: diploma universitario ex L. 251/2000 o titolo equipollente ai sensi del D.M. 27.7.2000).

TIPOLOGIA DI SECONDO LIVELLO:

Attività di prelievo: 10 prelievi ora per operatore

Carico di lavoro massimo / 80 prelievi giornalieri

Numero max di prest/anno 200.000

Numero Max di prest/anno di esami microbiologici: 4.000

Totale delle prestazioni / anno: 104.000
Il numero massimo di prestazioni è implementato applicando un coefficiente di correzione in base alla configura-

zione tecnologica.

PERSONALE

1 Direttore responsabile (medico specialista in disciplina afferente la patologia clinica, biologo o chimico);
2 Collaboratori professionisti laureati (medico, biologo o chimico);
3 Tecnici di laboratorio titolo abilitante: diploma universitario ex L. 251/2000 o titolo equipollente ai sensi del D.M. 27.7.2000, ovvero diploma di Istruzione di 2° grado e dimostrazione di 5 anni di lavoro con la qualifica ed assolvimento dei contributi versati.

PERSONALE

2 Addetti alle attività amministrative;
2 Addetti alle pulizie o contratto con ditta di pulizia.

E' consentito l'utilizzo di personale laureato medico, biologo o chimico a rapporto libero professionale.

Il Direttore responsabile dovrà assicurare una presenza oraria settimanale di almeno 15 ore

ATTIVITA' DI PRELIEVO

I prelievi possono essere svolti dalle seguenti figure professionali:

Medico chirurgo;
Biologo abilitato;
Infermiere professionale (titolo abilitante: diploma universitario ex L. 251/2000 o titolo equipollente ai sensi del D.M. 27.7.2000).

Nel caso vi siano settori specializzati aggregati ad un laboratorio di base dovrà essere previsto un responsa-

bile laureato, in possesso dei requisiti di legge, che assicuri la presenza per un numero di ore proporzionale al carico di lavoro e comunque non inferiore a 15 ore settimanali; uno stesso professionista collaboratore può sovrintendere a non più di due settori specializzati in rapporto al carico di lavoro.

CAPACITÀ OPERATIVA MASSIMA

Nelle tabelle 2 e 3, sono mostrati i coefficienti di correzione in funzione della dotazione strumentale posseduta ed adeguatamente documentata.

Lo stato attuale della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di Laboratorio è mostrato nelle tabelle 4, 5, 6, 7 e 8 a lato.

in ordine tab. 4 - 5 - 6 - 7 - 8

Strutture Pubbliche					
Denominazione	N° erogatori	N° prestazioni	N° ricette	Spesa Netta	Spesa per prestazione
ASL 1 - AGRIGENTO	9	249.812	43.154	€ 1.147.170,94	4,59
ASL 2 - CALTANISSETTA	15	484.320	94.444	€ 2.204.829,31	4,55
ASL 3 - CATANIA	32	2.188.237	433.398	€ 11.660.172,97	5,33
ASL 4 - ENNA	17	636.034	112.419	€ 2.297.082,55	3,61
ASL 5 - MESSINA	13	1.126.591	209.716	€ 5.745.376,42	5,10
ASL 6 - PALERMO	29	2.735.407	512.875	€ 17.557.456,42	6,42
ASL 7 - RAGUSA	16	748.481	136.337	€ 4.013.866,41	5,36
ASL 8 - SIRACUSA	14	474.264	99.456	€ 2.142.995,21	4,52
ASL 9 - TRAPANI	6	294.922	54.638	€ 1.466.660,13	4,97
SICILIA	151	8.938.068	1.693.437	€ 48.235.610,36	5,40

Strutture Pubbliche						
Denominazione	Popolazione 1.1.2007	N° erogatori	N° prestazioni	Prestazioni per erogatore	Prestazioni x abitante	Popolazione x erogatore
ASL 1 - AGRIGENTO	449.100	9	249.812	27.757	0,56	49.900
ASL 2 - CALTANISSETTA	272.918	15	484.320	32.288	1,77	18.195
ASL 3 - CATANIA	1.076.972	32	2.188.237	68.382	2,03	33.655
ASL 4 - ENNA	177.104	17	636.034	37.414	3,59	10.148
ASL 5 - MESSINA	650.433	13	1.126.591	86.661	1,73	50.033
ASL 6 - PALERMO	1.247.368	29	2.735.407	94.324	2,19	43.013
ASL 7 - RAGUSA	309.280	16	748.481	46.780	2,42	19.330
ASL 8 - SIRACUSA	398.948	14	474.264	33.876	1,19	28.466
ASL 9 - TRAPANI	434.738	6	294.922	49.154	0,88	72.456
SICILIA	5.016.861	151	8.938.068	59.193	1,78	33.224

Strutture Accreditate						
Denominazione	Popolazione 1.1.2007	N° erogatori	N° prestazioni	Prestazioni per erogatore	Prestazioni x abitante	Popolazione x erogatore
ASL 1 - AGRIGENTO	449.100	78	3.538.001	45.359	7,89	5.758
ASL 2 - CALTANISSETTA	272.918	28	1.232.968	44.035	4,52	9.747
ASL 3 - CATANIA	1.076.972	131	7.416.360	56.613	6,89	8.221
ASL 4 - ENNA	177.104	15	523.652	34.910	2,96	11.807
ASL 5 - MESSINA	650.433	91	4.827.110	52.935	8,14	6.705
ASL 6 - PALERMO	1.247.368	183	7.711.765	42.141	7,42	6.816
ASL 7 - RAGUSA	309.280	27	1.323.269	49.010	6,18	11.455
ASL 8 - SIRACUSA	398.948	59	2.547.976	43.189	6,39	6.878
ASL 9 - TRAPANI	434.738	80	2.753.313	34.540	6,29	7.245
SICILIA	5.016.861	677	31.856.414	47.055	6,35	7.410

Strutture Accreditate					
Denominazione	Spesa per prestazione	Spesa per ricetta	Spesa per erogatore	Spesa per abitante	Spesa per prestazione
ASL 1 - AGRIGENTO	€ 4,16	€ 24,54	€ 188.536,60	€ 32,75	€ 19,49
ASL 2 - CALTANISSETTA	€ 4,32	€ 25,45	€ 190.011,01	€ 19,49	€ 27,74
ASL 3 - CATANIA	€ 4,03	€ 23,98	€ 228.039,10	€ 11,86	€ 32,30
ASL 4 - ENNA	€ 4,01	€ 24,30	€ 139.972,27	€ 25,94	€ 19,91
ASL 5 - MESSINA	€ 4,35	€ 26,46	€ 216.753,45	€ 25,94	€ 28,52
ASL 6 - PALERMO	€ 4,20	€ 23,53	€ 176.827,33	€ 19,91	€ 25,58
ASL 7 - RAGUSA	€ 4,65	€ 25,87	€ 228.030,64	€ 28,52	€ 25,58
ASL 8 - SIRACUSA	€ 4,46	€ 26,11	€ 196.140,03	€ 25,58	€ 26,71
ASL 9 - TRAPANI	€ 4,07	€ 22,96	€ 185.329,55	€ 26,71	€ 26,71
SICILIA	€ 4,21	€ 24,51	€ 197.959,55	€ 26,71	€ 26,71

Strutture Accreditate					
Denominazione	N° erogatori	N° prestazioni	N° ricette	Spesa Netta	Spesa per prestazione
ASL 1 - AGRIGENTO	78	3.538.001	599.204	€ 14.705.854,85	4,16
ASL 2 - CALTANISSETTA	28	1.232.968	209.038	€ 5.320.308,18	4,32
ASL 3 - CATANIA	131	7.416.360	1.245.730	€ 29.873.122,74	4,03
ASL 4 - ENNA	15	523.652	86.402	€ 2.099.584,11	4,01
ASL 5 - MESSINA	91	4.827.110	793.916	€ 21.007.624,55	4,35
ASL 6 - PALERMO	183	7.711.765	1.375.203	€ 32.359.402,16	4,20
ASL 7 - RAGUSA	27	1.323.269	237.984	€ 6.156.827,25	4,65
ASL 8 - SIRACUSA	59	2.547.976	435.707	€ 11.376.121,48	4,46
ASL 9 - TRAPANI	80	2.753.313	484.318	€ 11.119.769,41	4,07
SICILIA	677	31.856.414	5.467.502	€ 134.018.614,73	4,21

La Giunta regionale, presieduta da Raffaele Lombardo, ha dato l'ok sul riordino

Servizio Sanitario, approvato il disegno di legge

Il programma individua le politiche d'investimento per il triennio 2007-2013

▶ di Anselmo Tagliacozzi

La giunta regionale, presieduta da Raffaele Lombardo, ha approvato nei giorni scorsi un disegno di legge, presentato dall'assessore alla Sanità, Massimo Russo, sul "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e l'atto d'indirizzo riguardante, il "Programma di sviluppo del servizio sanitario regionale", che individua le politiche d'investimento per il triennio 2007-2013.

La riforma si propone di mettere il cittadino al centro del sistema e vuole garantire un'assistenza sanitaria efficace, appropriata ed omogenea, partendo dal territorio e avvicinando i servizi sanitari all'utenza. Prevista anche una nuova articolazione funzionale dell'assessorato che si svilupperà non più su cinque dipartimenti ma su due: quello per la pianificazione strategica e quello per le attività sanitarie.

Decadranno anche i manager e saranno nominati i



La Giunta regionale della Sicilia al completo

nuovi direttori generali. Cesseranno le attuali funzioni delle Ausl e delle aziende ospedaliere e saranno istituite le Asp (aziende sanitarie provinciali) e le Ao (aziende

ospedaliere) che diventeranno operative con la nomina dei nuovi manager. Il numero delle aziende passerà da 29 a 17 e poi a 14 con l'accorpamento delle aziende universitarie di Pa-

lermo, Catania e Messina con alcune aziende ospedaliere dei tre capoluoghi. Per quanto riguarda il servizio del 118, il ddl prevede che il sistema, che mantiene l'articolazione in "ter-

ritoriale d'emergenza" e "sistema ospedaliero", avrà una centrale operativa in ciascuno dei due bacini regionali (occidentale e orientale) dotata di risorse tecnologiche e professio-

nali. Prevista anche l'istituzione di un comitato regionale e sarà individuato un referente del 118 in ogni Asp. Le aziende sanitarie opereranno in rete per garantire, con il sistema telematico, il collegamento e il coordinamento delle funzioni socio-sanitarie ed assistenziali per assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso d'accoglienza. E' delineato un sistema di controlli per verificare l'adeguatezza dell'azione svolta dai manager rispetto agli indirizzi programmatici del piano sanitario e dei piani attuativi. Le Aziende devono verificare la qualità, la congruità e l'appropriatezza delle prestazioni, dei tassi d'occupazione dei posti letto e dei livelli d'utilizzazione delle dotazioni tecnologiche e attivano le procedure di "governo clinico" anche per contenere il "rischio clinico" connesso all'espletamento delle funzioni sanitarie. Sul sistema dei controlli vigilerà l'assessorato alla Sanità con un apposito ufficio.

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
Poligrafica Ruggiero srl
Zona industriale
Via Pianodardine, AVELLINO

GRAFICA E IMPAGINAZIONE
pepperanucci & B
SPARTNER
VIA MULINI MILITARI, 32 - 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 Mulini Militari, 36 - CASERTA
Tel. 0823 412343 - 18.73.125
Cell. 329 74 43 393 - info@rbcom.it
commerciale@federlabitalia.com

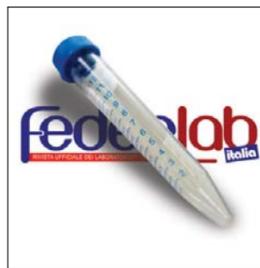
RESPONSABILE
DEL TRATTAMENTO DATI
(D.lgs 196/2003): Raffaele Balletta

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





Il progetto sarà posto alla valutazione dei tecnici e dell'ufficio legale di Federlab Italia

Laboratori, parte la riorganizzazione della rete

Il programma prevede che ciascun laboratorio mantenga la propria individualità di soggetto accreditato ma nel contempo assuma l'onere di realizzare e mantenere tutti i requisiti organizzativi e strutturali

Anche la Puglia si mette al passo con quanto sta avvenendo in altre Regioni ed ha dato il via alla riorganizzazione delle rete.

Pubblichiamo, la proposta di Deliberazione della Giunta Regionale concernente il progetto predisposto per la riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi pubblici e privati accreditati.

Il progetto sarà posto alla valutazione dei tecnici e dell'ufficio legale di FederLab Italia per una valutazione sia degli aspetti organizzativi, e delle conseguenziali ricadute sulle strutture di laboratorio, sia dell'eventuale lesione di diritti per le strutture medesime.

Da una prima, sommaria, valutazione si ricava l'impressione che il progetto si attagli alle strutture pubbliche e private accreditate di grandi dimensioni ed alla costituzione di una rete satellitare di punti prelievo, tributari delle strutture medesime.

Il progetto prevede che ciascun laboratorio mantenga la propria individualità di soggetto accreditato, cosa per alcuni versi auspicabile, ma nel contempo impone che ciascun laboratorio, indipendentemente dai volumi di prestazioni erogate, assuma l'onere di realizzare e mantenere nel tempo tutti i requisiti organizzativi, strutturali, strumentali e di personale senza alcuna indicazione di gradualità per i requisiti richiesti in ragione della quantità, ovvero dei volumi, di prestazioni analitiche erogate.

Questa impostazione, verosimilmente, svantaggia i piccoli laboratori per i quali non è prevista la libera scelta di forme di associative e/o consortili in grado di determinare uno sgravio dei requisiti richiesti ai laboratori medesimi per l'accreditamento definitivo.

Ci riserviamo una migliore e più completa valutazione del progetto, in sintonia con i dirigenti ed Soci LANAP.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

La Legge n. 296 del 23 Dicembre 2006 (Legge finanziaria 2007) art. 1, comma 796, lettera O, recita "le regioni provvedono, entro il 28 feb-

brate e promuovendo la razionalizzazione della rete laboratoristica pubblica mediante la diffusione e l'incremento di punti di prelievo e la centralizzazione dei laboratori di analisi con una spinta per una forte automazione ed informatizzazione.

Al fine di definire un piano strategico di riorganizzazione delle prestazioni di analisi e realizzare la rete regionale dei laboratori di analisi pubblici e privati, che ottimizzi l'uso delle

alla presente proposta di deliberazione sub lett.A) per farne parte integrante e sostanziale.

Laboratori Privati accreditati

La numerosità delle strutture diffuse su tutto il territorio non è correlato a razionali criteri di complementarità ai bisogni assistenziali nell'ambito di una razionale integrazione con le strutture pubbliche.

Infatti appare dispersiva e frammentaria la loro ubicazione nonostante i

la loro attività con numero di prestazioni a bassissima massa critica in termini di efficienza economica gestionale tranne qualche rara eccezione nelle province di Brindisi, Lecce e Bat dove insistono alcune strutture che hanno un alto bacino d'utenza ed infatti modificano l'indicatore (n.prest/lab/anno) medio elevandolo.

Alla luce di queste evidenze appare chiaro la sofferenza economica a cui soggiacciono la maggior parte dei labo-

su un totale di 739 tests del tariffario nazionale);

- le valutazioni di spesa reale senza margine di profitto sostenuta nel settore pubblico rappresentano il 47,02% del totale delle spese sostenute dal pubblico e i tests l'89,7% del totale dei tests.; ne consegue che il resto della spesa sostenuta nel pubblico è rivolta all'11% dei tests che sono nella maggior parte ad alta specializzazione;

- infatti il settore pubblico ha una differenziazione diversa nella ripartizione della spesa e nei tests rispetto al privato (mancanza di parallelismo). Ciò sembra correlato in parte ad una maggiore specializzazione di tests eseguiti solamente dal pubblico ed in parte ad una assenza di economicità per il privato di effettuazione di altri tests;

- la differenza di maggiore esborso, è individuabile in 15 tests (> del 50% su un totale di 739 tests);

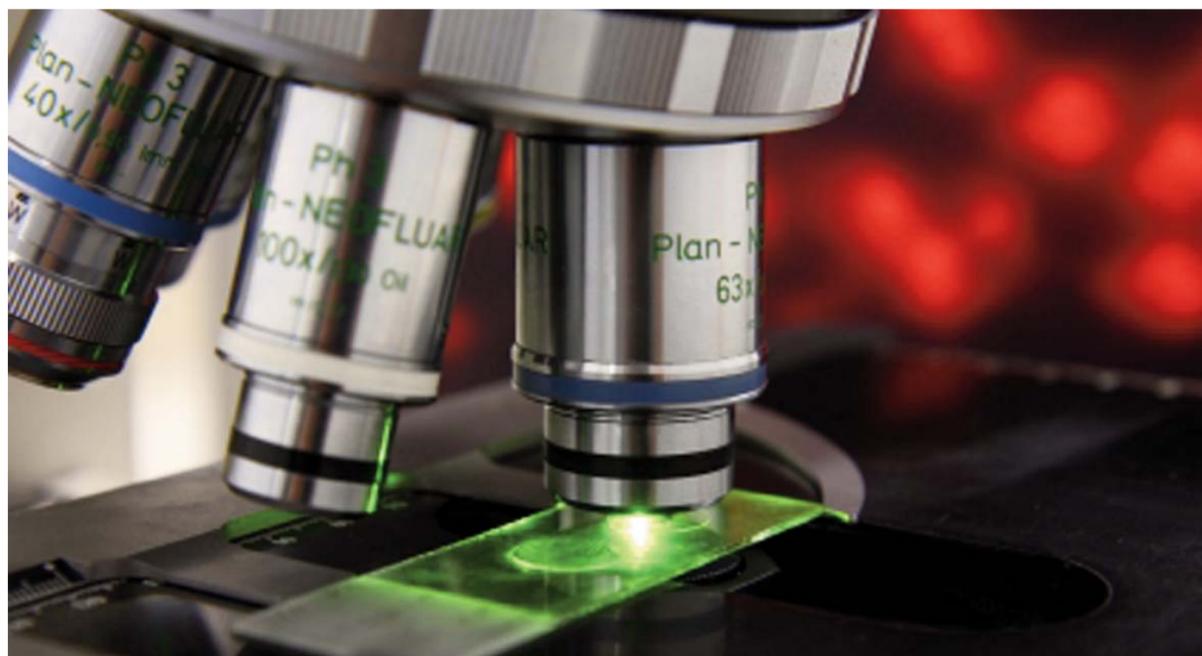
- non vi è parallelismo tra numero di tests maggiormente richiesti e relativa spesa;

- La carenza di possibilità di esecuzione di tests altamente specialistici ad alto costo giustifica la remunerazione inferiore alla media Nazionale per le strutture Pubbliche.

- il trend di crescita annuale nel privato dei tests è del 16% e quello della spesa è del 17%.

Infine il numero di prestazioni/abitanti/anno risulta sicuramente inferiore alla media nazionale (14) anche se il dato è difficilmente interpretabile in relazione alla difficoltà interpretativa dei dati nazionali.

In riferimento ad una valutazione dei costi, è possibile fornire una indicazione sull'analisi effettuata nell'Unità Operativa di Patologia Clinica I ove il modello medio grande è stato caratterizzato a realizzare un tentativo gestionale di razionalizzazione delle



Il nuovo progetto sarà posto alla valutazione dei tecnici e dell'ufficio legale di Federlab Italia

braio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione delle rete delle strutture pubbliche e private accreditate, eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate".

Tale intervento normativo si inquadra in una politica di razionalizzazione della spesa sanitaria per quanto riguarda la diagnostica di laboratorio prevedendo tariffe più basse per le analisi di laboratorio automatiz-

risorse e favorisca l'ulteriore qualificazione delle prestazioni di laboratorio mediante processi di automazione ed informatizzazione, la Giunta Regionale ha istituito un Gruppo di Lavoro formato da rappresentanti dell'Assessorato alle Politiche della Salute, dell'Ares e delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia.

A seguito degli incontri che si sono tenuti presso l'Assessorato alle Politiche della Salute da parte del suddetto gruppo di lavoro è stato redatto un primo documento programmatico propedeutico al piano suddetto contenente principi e linee guida che si allega

dati del 2006 evidenziano una remunerazione elevata (anche se attualmente dovrebbe essere inferiore in rapporto allo sconto tariffario del 20%) e con un numero di prestazioni anche superiori a quelle effettuate dalle strutture pubbliche per gli Utenti Esteri.

Inoltre è opportuno per una idonea prospettiva di reale programmazione tenere in considerazione almeno inizialmente il numero di abitanti per provincia e la loro densità.

In base a questi dati sono stati elaborati degli indicatori da cui si evince che le strutture private mediamente esplicano

ratori. Dal punto di vista di remunerazione/prestazione nel privato la Regione Puglia rientra nella media nazionale (4,65 euro), mentre la maggiore remunerazione per il Pubblico (5,50) è inferiore alla media nazionale.

La differenza tra privato e pubblico e la media nazionale è in relazione a diverse considerazioni:

- - Il privato incide su circa il 50% della spesa totale (pubblico e privato) e sul numero tests totali (pubblico + privato) in riferimento all'anno 2006;

- il maggior esborso per il privato è concentrato su n. 24 test (>del 60%



risorse.

La valutazione delle spese sostenute nel settore pubblico nella Medicina di Laboratorio è stata effettuata in relazione ai sottoelencati parametri,

- tipologia di tests effettuati;
- valutazione economica per reagenti
- spesa personale
- spese generali.

E' da specificare che:

la tipologia dei tests non contempla la totalità di quelli inseriti nel tariffario ma rappresenta l'87% del totale dei tests effettuati per esterni nella Regione Puglia (anno 2006);

la valutazione economica per reagenti non si discosta mediamente fra pubblico e privato tenendo in considerazione che la maggior parte delle acquisizioni contemplano l'utilizzo e l'assistenza

delle strumentazioni in service;

le spese per personale sono correlate ad una struttura medio-grande con funzionalità del servizio 24 ore/24.

Ad ogni buon grado si è proceduto ad una valutazione comparata con strutture pubbliche di piccole dimensioni (300.000-400.000 indagini/anno) e i cui dati non discostano significativamente;

per spese generali (luce, gas, acqua etc) si è proceduto ad una valutazione media del 10% sul fatturato totale e plasmato per numero di indagini. Tale dato è accettato unanimemente a livello nazionale.

Dalla suddetta metodologia è calcolato un costo medio per prestazione di circa 2,1 euro.

E' opportuno evidenziare che la metodologia applicata è l'unica attualmente che può permettere una semplice evidenziazione dei dati e una standardizzazione comune.

Purtroppo metodologie più complesse nella rilevazione dei carichi di lavoro non hanno dato risultati attendibili in riferimento alla complessità delle variabili presenti (tecnologie, difficoltà di parametrizzazione tempo per prestazioni etc).

La realtà dei laboratori pubblici ma anche privati della regione Puglia ha delle caratteristiche tali che le differenziano da modelli presenti nelle regioni a più consolidato impatto organizzativo (Toscana, Veneto, Emilia Romagna).

Infatti la tipologia più frequente è la presenza di strutture di piccole dimensioni (300.000 - 400.000 test/anno) e poche realtà di media dimensione e nessuna di vera grande dimensione.

5 - Indirizzi di riorganizzazione

E' necessario che un razionale approccio ad un piano di riorganizzazione venga realizzato con un percorso graduale con chiari processi di pianificazione e programmazione e che de-

ziale.

Nello scenario nazionale si sono delineati due approcci di razionalizzazione gestionale:

- riduzione dei costi mediante accorpamento di strutture e collegamento in unica rete organizzativa
- decentralizzazione di una consistente parte di metodiche vicino al letto del paziente o all'ambulatorio.

Tali approcci gestionali hanno portato a modelli organizzativi differenti (Decentralizzazione, Centri di Eccellen-

za, Consolidamento, Hub & Spoke, POCT) che hanno trovato applica-

zione pratica in alcune regioni. In particolare il modello Hub & spoke ha recentemente trovato una sua realizzazione in forma estrema in Emilia-Romagna, dove probabilmente ha trovato un'infrastruttura culturale e di organizzazione sanitaria che ha facilitato e permesso di concretizzare un progetto che realisticamente ha insito in sé vantaggi e svantaggi che solo

l'esperienza nel tempo potrà concretizzare. 5a- metodologia ed obiettivi Nella Regione Puglia le specificità strutturali, ambientali e culturali innestate in un progetto di nuova organizzazione sanitaria che privilegia il concetto di tutela della salute con l'obiettivo di forte integrazione ed integrazione degli aspetti sociali e sanitari con particolare riferimento al binomio Ospedale-Territorio, impone di indicare un percorso di razionalizzazio-

Negli altri Ospedali la

così come identificati nel Piano della Salute al fine di individuare Laboratori specialistici, di base e/o urgenza. Il modello proposto dovrà essere correlato ad un razionale utilizzo del personale laureato e tecnico prevedendo l'utilizzo dello stesso consolidando nel laboratorio di riferimento al fine di garantire la continuità del servizio con guardie

attive tecniche e personale laureato in pronta disponibilità. Negli altri Ospedali la

zativo potrà essere consolidato o sostituito a seconda del modello organizzativo ospedaliero con l'implementazione dei Point of Care. Questo modello gestionale dovrà essere preliminarmente programmato con idonea formazione del personale infermieristico e garantito nella qualità dal personale tecnico e laureato del Laboratorio.

A tal fine è indispensabile al fine di individuare competenze e responsabilità la stesura di idonee procedure scritte e validate dal team interdisciplinare.

A tal riguardo nella Regione Puglia è già attivo un simile modello nel Policlinico di Bari (U.O. di Patologia Clinica 1) che è stato sottoposto all'accreditamento per eccellenza ed è uno degli esempi di interazione clinico-laboratoristica in situazioni di emergenza cardiologica e individuato come modello a livello nazionale ed europeo.

Con simili approcci di riorganizzazioni che prevedono l'interazione tra clinica e laboratorio individuando protocolli concordati di urgenza ed emergenza si potranno realizzare obiettivi di miglioramento dell'efficacia clinica (diminuzione dei tempi di risposta (TAT)) e decrementi dei costi di impiego del personale (pronta disponibilità).

Inoltre un ausilio nella identificazione dei ruoli e competenze laddove sussistono attività di Laboratorio dislocate anche in Unità Operative di Medicina trasfusionale è fornita dal parere del Consiglio Superiore di Sanità (13 dicembre 2007 e 13 febbraio 2008)

E' implicito che è fondamentale lo sfruttamento al massimo delle potenzialità dei sistemi gestionali di Laboratorio (LIS) in tal maniera programmando anche la graduale dovuta interconnessione con sistemi informatici regionali nell'ambito dei flussi informativi. Specifica attenzione deve essere data alle Aziende Ospedaliere-Universitarie e in particolare al Policlinico di Bari.

In questa Azienda sebbene già negli anni passati sia iniziato un processo di accorpamento e razionalizzazione si ritiene opportuno che le linee guida ministeriali siano attentamente valutate con l'indicazione ad



vono essere integrati negli obiettivi generali della programmazione sanitaria regionale. (Piano Regionale della Salute) In questo contesto bisogna considerare dapprima le priorità di assistenza diagnostica ospedaliera e conseguentemente il fabbisogno territoriale con un'integrazione ospedale-territorio che tenga conto delle peculiarità culturali ed ambientali specifiche non solo di ambito regionale ma dettagliatamente di ambito provin-

za, Consolidamento, Hub & Spoke, POCT) che hanno trovato applica-

zione pratica in alcune regioni. In particolare il modello Hub & spoke ha recentemente trovato una sua realizzazione in forma estrema in Emilia-Romagna, dove probabilmente ha trovato un'infrastruttura culturale e di organizzazione sanitaria che ha facilitato e permesso di concretizzare un progetto che realisticamente ha insito in sé vantaggi e svantaggi che solo

ne ospedaliera e territoriale sinergica e graduale.

5b- pianificazione e programmazione Strutture Pubbliche.

Per quanto attiene alle strutture pubbliche a livello Ospedaliero è opportuno che in ogni ambito provinciale in relazione alle particolarità territoriali (densità di popolazione, accessibilità ed allocazione) vengano ben identificate le attività dei Laboratori ospedalieri correlati alle tipologie degli Ospedali

continuità e la garanzia delle emergenze potrà essere garantita con il solo personale tecnico in pronta disponibilità. In tal caso la validazione del personale laureato avverrà in via telematica nel laboratorio di riferimento.

Pertanto è necessaria la programmazione di comunicazioni via telematica dei LIS e laddove ciò richieda del tempo ovviare con strumenti comunicazione cartacea a distanza (fax). Questo modello organiz-



assicurare laddove ne risultino le necessità laboratori "specialistici" con personale della disciplina ed inoltre ad individuare con gradualità processi di riorganizzazione dei Laboratori Centralizzati economie di scala sia nelle fasi preanalitiche (centro prelievo unico ed accettazione unica) che nelle fasi analitiche individuando aree omogenee di competenze evitando duplicazioni di attività ed integrando le diverse professionalità nell'ambito della garanzia delle attività di urgenza (vedi linee guida ministeriali).

Parallelamente o in una seconda fase a seconda delle differenti condizioni strutturali ed ambientali sarà opportuno individuare un modello organizzativo per l'assistenza diagnostica in ambito territoriale. Le necessità dei Cittadini in ambito territoriale risultano differenti in rapporto anche alle condizioni di vita, all'ambiente, alle fasce di età, alle condizioni di patologie croniche.

Infatti non è superfluo sottolineare che talvolta e sempre più spesso i cittadini abbisognano di basali indagini ematochimiche che rivestono anche carattere di urgenza non per patologie acute ma per correlate terapie (neoplasie, TAO, dialisi, etc.).

Risulta pertanto evidente che l'approccio organizzativo deve individuare oltre che a razionali localizzazioni di idonei centri prelievi nel territorio anche la localizzazione dei Laboratori ove effettuare le indagini ed essere in grado di produrre, laddove necessario, una refertazione rapida e di qualità, non tralasciando la possibilità di individuare e realizzare anche Laboratori Territoriali di base laddove possano essere identificati come punti di raccolta ed analisi intermedia svolgendo anche un ruolo di catalizzatori tra centri prelievi ed ospedali e tra MMG, specialisti e Cittadini.

In quest'ottica gradualmente potrà instaurarsi un'integrazione territorio-ospedale con scambio di informazioni utilizzando ed implementando le potenzialità telematiche.

A tal proposito sarà importante il contributo che potrà fornire la rete laboratoristica privata accreditata laddove le risorse pubbliche non sia-

no in grado di soddisfare le necessità territoriali. In questo tipo di assistenza risulta ancora più fondamentale il requisito dell'identificazione procedurale di tutte le fasi preanalitiche (prelievo, trasporto) con appositi percorsi di rintracciabilità del campioni.

In questa fase fondamentale è il ruolo dell'informatica e di idonee procedure di trasporto dei campioni ed appare opportuno richiamare, al riguardo, il contenuto della circolare ministeriale n.3 del 18 maggio 2003 che detta indicazioni circa le cautele che devono essere assicurate.

Infine, nell'ambito dei processi di Qualità è opportuno che si adottino per tutti i laboratori pubblici e privati da parte delle Aziende AUSL Provinciali percorsi di certificazione secondo le specifiche attuali norme ISO 15189 o percorsi di accreditamento per eccellenza stante attualmente un unico Laboratorio avente questo requisito (Patologia Clinica 1-Policlinico-Bari). Inoltre è propedeutico l'organizzazione per realizzare in tutti i laboratori processi analitici di Controlli di Qualità interna ed esterna che si consiglia essere monitorati da esperti individuati al fine di verificare e valutare i miglioramenti delle fasi analitiche.

Strutture Private

La sopra descritta esigenza di riorganizzazione e di razionalizzazione nell'uso delle risorse, supportata anche da forme giuridiche più adeguate a tale finalità, è ora fortemente manifestata anche dalle strutture di laboratorio di analisi private che, nella nostra regione, operano in numero considerevole.

Molte di queste, dotate di autorizzazione illo tempore concessa alla persona fisica titolare del laboratorio, versano in sofferenza gestionale.

La "micro" dimensione che, in prevalenza, le caratterizza, dovuta ad una parcellizzazione "storica" (ormai insostenibile) dell'offerta, congiuntamente alla presenza in dette strutture di costi incompressibili non sostenuti da una adeguata massa critica di prestazioni, sta

producendo condizioni che possono dar luogo ad un abbassamento della qualità e dei livelli di servizio sul territorio. La minor remuneratività delle singole prestazioni, a seguito dei recenti sconti tariffari, e le contenute dimensioni delle strutture rendono, infatti, difficoltoso l'accesso a sistemi e ad apparecchiature di maggior impegno tecnologico o, comunque, non consentono l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse strumentali, con ripercussioni anche sui costi di gestione.

Il raggiungimento di un'adeguata massa critica di esami di laboratorio, dunque, è mezzo che consente e garantisce un più adeguato assetto economico della gestio-

ne nonché, proprio in ragione del maggior impegno tecnologico e di una più ampia dimensione di scala, il conseguimento di alti livelli qualitativi del dato analitico.

Ciò premesso, processi di ristrutturazione strumentale ed organizzativa possono essere favoriti riconoscendo ai laboratori di analisi cliniche privati, l'accessibilità ad appositi strumenti di razionalizzazione dimensionale, oltre che giuridica, che consentano loro di meglio organizzare, anche sotto l'aspetto dell'autorizzazione e dell'accreditamento all'esercizio, la propria attività.

Nuovi modelli organizzativi per i laboratori di analisi

Ciò premesso, si ritengono prontamente e parimenti percorribili, anche sotto l'aspetto della compatibilità con i requisiti di autorizzazione ed accreditamento previsti dalla attuale legislazione e regolamentazione regionale, alcune delle soluzioni di seguito riportate. Tra le stesse, quelle prontamente attuabili in materia di service, hanno come presupposto la preesistenza di una autorizzazione all'esercizio di prestazioni di analisi cliniche in capo ad una determinata struttura.

Dette soluzioni hanno lo scopo, nelle more della definizione di una più specifica regolamentazione regionale, di superare una condizione di oggettiva emergenza, quale quella innanzi in-

dicata.

Nel quadro della vigente regolamentazione si tratta, infatti, da una parte, di favorire, nel breve, indifferibili processi di razionalizzazione, dall'altra, in un periodo più ampio, di integrare quanto complessivamente già ben disciplinato, con gli ulteriori elementi ritenuti necessari per:

- una più specifica regolamentazione dell'istituto del service in cui, ad esempio, meglio definire compiti, ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti in ciascuna delle fasi operative del processo (pre-analitica, analitica, post-analitica);
- la disciplina dell'apertura e l'esercizio dei punti di prelievo autorizzati per la raccolta di campioni.

Una splendida Villa ottocentesca restituita al suo fascino da un meticoloso restauro, diventa un hotel di charme in una delle vie più prestigiose di Napoli, la via del Parco Margherita. Nelle immediate adiacenze di hotel di lusso 5 stelle, circondata da palazzotti d'epoca e lussuose residenze storiche, lo stile liberty, gli stucchi chiari e la vista panoramica su Capri, rendono ancora più incantevoli, gli ambienti rinnovati ed eleganti della Villa. La discreta ed attenta accoglienza della Casa consente all'ospite di entrare in contatto con il vero stile di vita napoletano. La posizione privilegiata permette di raggiungere agevolmente a piedi le vie dello shopping esclusivo di via dei Mille e del Vomero, il lungomare di Mergellina e gli imbarchi per le isole. Le stazioni della Metropolitana, Funicolare e Bus sono a pochi metri di distanza. I proprietari hanno inteso concedere un vantaggio anche agli ospiti che arrivano in auto disponendo per tutto il soggiorno, l'utilizzo gratuito di un garage a pochi metri dalla Villa. Il restauro della Villa ha tenuto in considerazione anche le esigenze di chi viaggia per lavoro. Le camere sono tutte dotate di internet WI-FI, di collegamento alla stampante di rete della casa e di comode scrivanie o tavolini di lavoro. Nulla è lasciato al caso: ampie cabine armadio in quasi tutte le camere, cassaforte elettronica, linea cortesia completa di tutti gli accessori. È inoltre prevista la possibilità di prenotare massaggi corpo di varia tipologia oltre che di trattamenti estetici di base: una camera è stata adeguatamente attrezzata per accogliere gli ospiti in pieno relax, in sintonia con il resto dell'ambiente. Un roof garden e una serie di terrazzini privati di pertinenza degli appartamenti consente di godere del fresco dei giardini con una vista mozzafiato sull'isola di Capri, che si staglia esattamente di fronte la Villa. Chi vuole invece immergersi nella lettura di un quotidiano o di un libro assaporando lentamente un cocktail, può utilizzare la biblioteca privata del salotto interno. Il numero limitato di camere, 13, consente agli ospiti di godere sempre e in ogni caso della propria privacy e del fascino discreto che pervade l'intera residenza.

Via del Parco Margherita, 101
80121 NAPOLI
Tel. 081 3410403 - 081 3410501
Tel. / Fax 081 3410719
www.villamargheritahotel.com
info@villamargheritahotel.com



Strutture di Laboratorio

La Regione approva il Regolamento per i requisiti strutturali, strumentali, tecnologici ed organizzativi

La Regione Calabria ha approvato la legge che disciplina le autorizzazioni all'apertura e al funzionamento delle strutture Sanitarie, pubbliche e private all'accreditamento delle stesse ed agli accordi contrattuali. Volti alla garanzia ed alla tutela della salute assicurando la disponibilità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie improntate all'efficacia delle cure, alla sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali ed al miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, ottenute per mezzo degli istituti dell'autorizzazione sanitaria, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali. Ai fini della presente legge s'intende per struttura sanitaria e socio-sanitaria: qualunque organismo che eroghi prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel rispetto

professionale in forma singola od associata. Le prestazioni effettuabili presso lo studio si caratterizzano come Supplemento straordinario 23450 n. 3 al B. U. della Regione Calabria -

lamente abilitati ed iscritti agli ordini o albi professionali di competenza; accordi e contratti: gli atti con cui si definiscono con i soggetti pubblici e privati tipologia, quantità delle

l'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria da parte di una struttura pubblica o privata o di professionisti. Sono assoggettate ad autorizzazione: le strutture sanitarie e socio-sanita-

tela della salute mentale; le strutture che erogano prestazioni di trattamento delle dipendenze patologiche; i servizi d'immunoematologia e trasfusione ed i centri trasfusionali; i

diffuse in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione, a tal fine integrando le attività

del personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, dei medici di base con il loro studio associato, degli specialisti ambulatoriali; i centri e le strutture, anche residenziali che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva extra ospedaliera. Non sono assoggettati ad autorizzazione: gli studi medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che rispondono ai requisiti stabiliti dai vigenti accordi collettivi nazionali; gli studi medici, odontoiatrici, delle altre professioni sanita-



Aula del Consiglio Regionale della Calabria

di quanto stabilito dalla programmazione sanitaria regionale, dai piani sanitari regionali e dagli atti aziendali. a) presidio: la struttura fisica ovvero lo stabilimento ospedaliero in forma singola o di stabilimenti ospedalieri riuniti, poliambulatorio, residenza sanitaria, residenza socio-sanitaria, psichiatrica, riabilitativa, dove si effettuano le prestazioni e le attività sanitarie; studio medico, odontoiatrico o d'altre professioni sanitarie; il luogo nel quale un professionista sanitario, regolarmente abilitato ed iscritto all'ordine o albo di competenza, esercita la propria attività pro-

Parti I e II - n. 14 del 16 luglio 2008 semplici visite senza l'utilizzo d'apparecchi diagnostici complessi e senza azioni invasive che comportino un rischio per la sicurezza del paziente; ambulatorio: la struttura aperta al pubblico, con vincoli di giorni ed orari d'apertura, avente individualità autonoma rispetto a quella dei professionisti che ne fanno parte, e natura giuridica d'impresa con separazione tra attività professionale e gestione amministrativa. L'ambulatorio può essere gestito in forma individuale, associata o societaria ed avvalersi esclusivamente di professionisti sanitari rego-

prestazioni erogabili, remunerazione a carico del servizio sanitario nell'ambito dei livelli di spesa determinati in sede di programmazione regionale. Entro sessanta giorni dalla data d'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale definisce con propria delibera le caratteristiche e la classificazione degli ambulatori, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data d'assegnazione del provvedimento. Per quanto riguarda l'Auto-rizzazioni sanitaria questa è il provvedimento con il quale, verificato il possesso dei requisiti necessari, si consente

rie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale di branche a visita; le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale di diagnostica per immagine; i laboratori d'analisi chimico-cliniche; i poliambulatori; le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni di assistenza domiciliare; le strutture che erogano prestazioni di recupero e rieducazione funzionale; le strutture che erogano prestazioni di terapia iperbarica; i consultori familiari; i centri e le strutture, anche residenziali, che erogano prestazioni di

presidi di ricovero e cure ospedaliere; le strutture residenziali sanitarie assistenziali; le case protette; i complessi termali; i centri estetici dove si praticano attività sanitarie; le strutture che erogano prestazioni di cure palliative, in altre parole «hospice»; gli studi medici, odontoiatrici e delle professioni sanitarie ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, in altre parole procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente; i servizi d'ambulanza ed eliambulanza; le case della salute, intendendosi per tali le strutture polifunzionali

rie e quelli che non sono attrezzati ad erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, in altre parole procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino un rischio per la sicurezza e la salute del paziente. L'accreditamento è il provvedimento attraverso il quale le strutture pubbliche e private ed i professionisti già autorizzati ai sensi dell'articolo 3 possono erogare prestazioni sanitarie o socio-sanitarie per conto del Sistema sanitario nazionale. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione



delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni. 26-7-2008 - Supplemento straordinario 23454 n. 3 al B. U. della Regione Calabria - Parti I e II - n. 14 del 16 luglio 2008. L'accreditamento, nell'ambito della programmazione regionale e locale, è titolo necessario per l'instaurazione dei rapporti di cui all'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 502/1992, e successive modificazioni ed integrazioni, da stipularsi nell'ambito della disciplina vigente secondo i principi d'imparzialità e trasparenza. 4. Il Piano Sanitario regionale definisce il programma regionale d'accreditamento, indicando gli obiettivi generali da raggiungere nel triennio e le iniziative necessarie per valorizzare l'accreditamento come strumento di garanzia per i cittadini, per la qualificazione dell'offerta con particolare riferimento all'appropriatezza ed alla continuità delle cure, e per lo sviluppo di un servizio sanitario efficiente. Entro 30 giorni dalla data d'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, con apposito regolamento, definisce i requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'accreditamento, nonché i sistemi di controllo sulla permanenza dei requisiti stessi e le modalità e i termini per la richiesta d'accreditamento, da parte delle strutture pubbliche. Con il medesimo regolamento sono definiti per l'autorizzazione all'esercizio e gli ulteriori requisiti sopra indicati per l'accreditamento delle strutture private, previo parere della Commissione consiliare competente da esprimere entro 15 giorni dalla data d'assegnazione del provvedimento. L'autorizzazione sanitaria all'esercizio e l'accreditamento sono concessi, senza facoltà di delega, dal Dirigente generale del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, previa verifica del fabbisogno e della programmazione regionale nonché il relativo livello organizzativo d'applicazione

ottimale, ed acquisito il parere espresso con delibera del Direttore Generale dell'Azienda sanitaria competente per territorio, che si avvale per lo scopo delle risultanze della Commissione di cui all'articolo 12, a tal fine: la predetta Commissione esamina le domande e trasmette le risultanze entro il termine massimo di 90 giorni, salvo carenze

data del relativo provvedimento, sulla base d'apposita istanza che il rappresentante legale della struttura interessata deve presentare almeno sei mesi prima della data di scadenza dell'accreditamento all'Azienda sanitaria competente. Ai fini del rinnovo dell'accreditamento si terrà conto dell'evoluzione delle tecnologie, delle prati-

getti d'adeguamento e di riconversione nei termini e con le procedure di cui ai commi 10 e 11, fermo restando che il termine per il possesso dei requisiti minimi da parte delle strutture private accreditate è fissato alla data d'entrata in vigore della presente legge. In previsione dell'approvazione del nuovo Piano Sanitario regionale per le case di

competenti, da rendere entro il termine perentorio di venti giorni dalla data della richiesta. I progetti di cui al comma 10 devono indicare la progressione mensile delle attività che s'intendono realizzare, anche con riferimento alla riduzione dei posti letto. Il Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie provvede, an-



Palazzo Campanella sede del Consiglio Regionale della Calabria

documentali necessarie per la decisione. Nei successivi 15 giorni il Direttore generale dell'Azienda sanitaria deve esprimere il parere; decorsi tali termini l'Assessore competente senza indugio nomina i Commissari ad acta i quali agiscono con i poteri della Commissione di cui all'articolo 12, e dello stesso Direttore generale; i Commissari valutano le richieste e trasmettono le risultanze con un parere al Direttore generale del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie. L'accreditamento, anche definitivo, è soggetto a rinnovo ogni tre anni dalla

che sanitarie e della normativa eventualmente intervenuta. Ai medesimi fini le prestazioni potranno essere ridefinite alla luce dei volumi delle attività prodotte, anche sulla base dei fabbisogni determinati dalla programmazione regionale. Le strutture sanitarie e socio-sanitarie che, alla data d'entrata in vigore della legge d'approvazione del nuovo Piano sanitario regionale, erogano prestazioni già accreditate e non più conformi agli obiettivi della programmazione regionale, possono presentare al Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie pro-

cura neuropsichiatriche che devono riconvertirsi in strutture residenziali per la salute mentale, in altre parole modificare la propria natura funzionale orientandosi verso altre patologie che necessitano di ricovero, possono presentare entro 60 giorni dalla data d'entrata in vigore della presente legge conseguenti progetti di riconversione per almeno la metà degli attuali posti letto. I progetti sono soggetti ad approvazione da parte del Dipartimento regionale tutela della salute e politiche sanitarie, acquisito il parere dei Direttori generali delle Aziende sanitarie territorialmente

che avvalendosi del personale delle Aziende sanitarie, con analogo cadenza temporale a verificare la rispondenza delle attività alla progressione mensile prevista nei progetti, disponendo in caso di riscontro negativo la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento e comunque la revoca in caso di mancato completamento delle attività entro il termine finale previsto nei progetti stessi. Le dotazioni dei posti letto possono essere mantenute nei termini temporali e quantitativi previsti nei progetti approvati ai sensi del comma 10.

La Commissione tecnica all'uopo istituita per disciplinare i requisiti minimi specifici per le branche specialistiche previste dal comma 5 art. 11 Legge Regionale 18.07.2008 n. 24 ha licenziato il Regolamento per l'indicata materia riguardante le strutture di Diagnostica di Laboratorio.

Il Regolamento (di cui abbiamo pubblicato qui a fianco alcuni stralci) è depositato presso la Terza Commissione del Consiglio Regionale della Regione Calabria per la discussione e l'approvazione. Giova ricordare che FederLab Calabria aveva fatto pervenire alla Commissione Tecnica proprie note riguardanti le dotazioni richieste ai laboratori di analisi e che diverse osservazioni sono state recepite.

FederLab Italia e FederLab Calabria faranno richiesta per un'audizione presso la Terza Commissione Consiliare

Per visionare il testo integrale della legge vi invitiamo a visitare il sito www.federlabitalia.com



Accreditamento Istituzionale delle Strutture Ambulatoriali

Approvata la modulistica e le procedure amministrative

La Giunta Regionale dell'Abruzzo si è espressa in materia d'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. L'accREDITamento istituzionale quindi, sarà rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica corretta dell'attività svolta e dei risultati raggiunti in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Sentita la Commissione consiliare competente in materia, sono stati adottati: la costituzione dell'Organismo Regionale per l'AccREDITamento, la procedura d'accREDITamento istituzionale, il modello di richiesta d'accREDITamento istituzionale definitivo indicante le documentazioni da allegarsi e le necessarie auto-certificazioni. Il Manuale d'AccREDITamento, prevede un'articolazione per gradi di qualità progressivamente crescenti da un livello essenziale in funzione dei requisiti posseduti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Atteso che, in considerazione dell'urgenza sia da arrivare alla norma di quanto sopraccitato in tempi brevissimi sia per le esigenze imposte dall'esecuzione degli obblighi assunti con il piano di rientro. È stato stabilito di prevedere che, nelle procedure d'autorizzazione e d'accREDITamento qualsiasi richiesta introduttiva motivata da

co che partecipa al procedimento sospende i termini previsti per il compimento dell'attività correlata alla rispettiva fase procedimentale. La normativa prevede di richiamare, in ordine alla dotazione organica del personale, le disposizioni nazionali e regionali vigenti, non in contrasto con quanto previsto col presente atto, fatto salvo, comunque, che va assicurata in qualsiasi struttura la presenza oltre, alle altre figure indispensabili in relazione all'attività da espletare – per ciò che concerne il personale

anche delle disposizioni degli articoli dal 31 al 42 compreso dell'abrogata L.R. n.85/1989 - abrogati dal momento dell'esecutività del presente provvedimento. Si è ritenuto, infine, che per le strutture già operanti vanno posseduti tutti i requisiti previsti nel manuale d'autorizzazione e accreditamento, quindi, il non possesso di parte di essi può dar luogo o al diniego dell'autorizzazione richiesta o a prescrizioni e tempi d'adeguamento, tenendo conto anche di quanto previsto dal-

nomico nell'applicazione degli standard previsti sugli attuali modelli organizzativi, in considerazione dei limiti di spesa esistenti ai sensi delle vigenti disposizioni. La Giunta regionale ha deliberato di approvare i seguenti documenti: Manuale d'Autorizzazione, Manuale d'AccREDITamento, Manuale d'autorizzazione dei Servizi Trasfusionali, Manuale d'accREDITamento dei Servizi Trasfusionali, Manuale d'autorizzazione e accREDITamento; Procedura

mento è stato stabilito che nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento qualsiasi richiesta interlocutoria motivata da parte dell'Ente pubblico che partecipa al procedimento sospende i termini previsti per il compimento dell'attività correlata alla rispettiva fase procedi-



to, di una figura dirigenziale apicale ed un numero di altre figure dirigenziali necessario per assicurare i turni di servizio, oltre, ovviamente alle altre figure indispensabili in relazione all'attività da espletare; di tenere conto, inoltre, riguardo alla dotazione organica delle case di cura private, nelle more

dell'adozione di ulteriore atto concernente i requisiti di personale, anche delle disposizioni degli articoli dal 31 al 42 compresi dell'abrogata L.R. n.85/1989 - abrogati dal momento dell'esecutività del presente provvedimento ai sensi

dell'articolo 13 della L.R. n. 32/2007, i cui contenuti si intendono riportati e trascritti nella presente deliberazione, per quanto non incompatibile con il presente atto; di rivolgere invito alle Aziende U.S.L. di tener conto nella fase di applicazione del provvedimento, provvedendo ai debiti accorgimenti nella fase di organizzazione del personale necessario e, quindi, delle relative dotazioni organiche, a procedere ad una valutazione di impatto economico nell'applicazione degli standard previsti sugli attuali modelli organizzativi, in considerazione dei limiti di spesa esistenti ai sensi delle vigenti disposizioni. Infine la Giunta ha deciso di riservare a successive deliberazioni la costituzione dell'Organismo Regionale per l'AccREDITamento e la determinazione degli oneri finanziari per il finanziamento dell'Organismo Regionale per l'AccREDITamento ai sensi del paragrafo cinque, allegato 2.3 del P.S.R. (L.R. n. 5/2008, pag. 320);



Palazzo Centi, l'attuale sede del Consiglio Regionale

della Dirigenza – nella disciplina di riferimento, di una figura dirigenziale apicale ed un numero di altre figure dirigenziali necessario per assicurare i turni di servizio; - di tenere conto, inoltre - riguardo alla dotazione organica delle case di cura private – nelle more dell'adozione di ulteriore atto concernente i requisiti di personale,

l'allegato 2.1 e 2,2 del Piano Sanitario Regionale e dalla L.R. n. 32/2007. È stata ripetuta la necessità, prima dell'emanazione del manuale in questione, che per quanto concerne il personale necessario e, quindi, le relative dotazioni organiche, per le strutture pubbliche si debba procedere ad una valutazione d'impatto eco-

Autorizzazione alla realizzazione, Procedura Autorizzazione all'esercizio, Procedura d'AccREDITamento istituzionale; Manuale d'autorizzazione, Definizione del fabbisogno delle Risorse Infermieristiche, Fisioterapisti, del Personale di Supporto e del Personale Sanitario della Riabilitazione. Per le Tipologie di accredita-

mentale; di richiamare, in ordine alla dotazione organica del personale, le disposizioni nazionali e regionali vigenti, non in contrasto con quanto previsto col presente atto, fatto salvo, comunque, che va assicurata in qualsiasi struttura la presenza, per ciò che concerne il personale della Dirigenza, nella disciplina di riferimen-



A ricevere l'organo è stato un bimbo di appena nove mesi Primo trapianto di fegato al Bambin Gesù

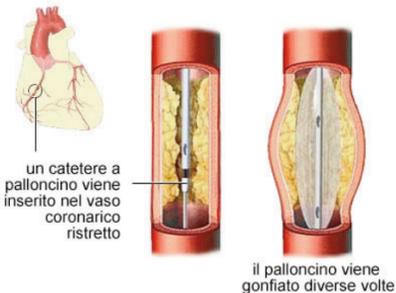
Scoperta da un biologo spagnolo la molecola anticancro ET-743 proveniente da una spugna marina

BAMBIN GESÙ, PRIMO TRAPIANTO DI FEGATO BUONE LE CONDIZIONI DI SALUTE DEL PICCOLO PAZIENTE

Roma - Primo trapianto di fegato all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. A ricevere l'organo un bambino di 9 mesi affetto da atresia, una malattia delle vie biliari che ne aveva compromesso la salute. L'intervento, durato 6 ore e condotto con la tecnica dello split liver (divisione in due del fegato donato da un adulto) e' stato effettuato domenica. Le condizioni del bimbo, dicono i medici, sono considerate buone.

*** **

CARDIOLOGI, PIU' PREVENZIONE PER ALCUNE PATOLOGIE INTERVENTI AGGRESSIVI NON PAGANO



Un esempio di intervento di angioplastica

MILANO - Il ricorso a interventi invasivi e 'aggressivi' come l'angioplastica nei pazienti cardiopatici non sempre paga: e' meglio la prevenzione. In diverse patologie, infatti, e' possibile ottenere buoni risultati anche solo correggendo lo stile di vita e assumendo farmaci contro fattori di rischio come il colesterolo. Lo sottolineano gli esperti riuniti al 42/o Convegno di cardiologia promosso dalla Fondazione De Gasperis e dall'omonimo dipartimento dell'ospedale Niguarda di Milano.

*** **

INFLUENZA, NEL 2006-07, VACCINATO 1 SU 4 - IL 66% DELLA POPOLAZIONE NON LO HA MAI FATTO

ROMA - Un italiano su 4 si e' vaccinato contro l'influenza nella stagione 2006-07. Il dato emerge da una ricerca su un campione di 2.000 persone. Il sondaggio, condotto dalla European Vaccine Manufacturers e presentato alla 3/a Conferenza europea sull'influenza, evidenzia anche che la copertura vaccinale contro l'influenza in Italia raggiunge 'appena' il 20% della popolazione. Ma il dato piu' allarmante, secondo gli esperti, e' quello della fascia di popolazione che non si e' mai vaccinata: il 66%.

*** **

LINFOMI SEMPRE PIU' GUARIBILI OMS, AL TERZO POSTO IN CLASSIFICA TUMORI CON PIU' RAPIDA CRESCITA

ROMA - Con oltre quindicimila nuovi casi l'anno in Italia e circa duecentomila pazienti, i linfomi sono oggi sempre piu' curabili e guaribili. Soprattutto grazie ai nuovi farmaci mirati come quelli biologici le possibilita' di guarigione sono quasi raddoppiate. E' il messaggio che arriva in occasione della Giornata mondiale per la conoscenza del linfoma. I linfomi sono al terzo posto nella classifica di tumori con la piu' rapida crescita annua: l'Oms ha stimato un trend di crescita del 5% annuo.

*** **

DAL MARE MOLECOLE ANTICANCRO SOSTANZA SCOPERTA DA UN BIOLOGO SPAGNOLO

MILANO - Dal mare arriva una possibile cura del cancro: si chiama ET-743 e deriva da un tunicato, meta' fra spugna e corallo. La novita' e' al centro di uno studio in via di pubblicazione. E' stata scoperta dallo spagnolo Fernandez Sosa che ha provato le capacita' antitumorali di molte sostanze prodotte da organismi marini, scoprendo le proprieta' della Ecteinascidia turbinata, un tunicato. La molecola ET-743 e' stata sperimentata con successo dall'Istituto Tumori di Milano.

*** **

LA DIETA DEL PROGETTO DIANA CONTRO IL TUMORE AL SENO

MILANO - Con il coordinamento dell'Istituto per i



Una donna si sottopone alla mammografia

Tumori di Milano e l'Istituto Europeo di Oncologia sta per iniziare il progetto DIANA 5. Si tratta di verificare se la dieta mediterranea incide sulla prevenzione dei tumori in particolare quelli del seno.

La dieta, come spiega il dott. Berrino dell'Istituto Nazionale Tumori, permette di abbassare il livello degli ormoni nel sangue - androgeni e estrogeni - che sono indicatori di rischio di malattia tumorale mammaria. Il progetto vedrà la collaborazione dei Centri di Torino, Napoli, Palermo, Perugia, Potenza e Avezzano dove un totale di 4000 donne tra i 35 e i 70 anni, curate per tumore al seno che non abbiamo avuto recidive negli ultimi 5 anni, saranno disponibili a sottoporsi a analisi di tipo diverso e a modificare la propria alimentazione e il proprio stile di vita, laddove non sia corretto ai fini della prevenzione.

*** **

ALTA QUOTA PER L'AUXOLOGIA



L'Istituto Auxologico Italiano

MILANO - Il via a una ricerca biomedica cardiovascolare ad alta quota promossa dall'Istituto Auxologico Italiano e dall'Università Milano Bicocca.

Una equipe di oltre 40 persone di età compresa tra i 20 e i 65 anni, di nazionalità diversa, e di diversa professionalità (tra cui bioingegneri, medici cardiologi, neuropsicologi, alpinisti) salirà verso l'Everest con una permanenza che varierà tra uno e due mesi per cercare di studiare i processi fisiologici che vengono attivati dal nostro organismo quando si è in condizioni di carenza di ossigeno.

"Di notevole interesse", sintetizza il dott. Parati, primario di Cardiologia all'Università Milano Bicocca "è proprio la possibilità di valutare, su volontari sani esposti a condizioni molto simili a quelle di pazienti affetti da frequenti e gravi patologie croniche, strategie di trattamento farmacologico e non farmacologico, che potrebbero essere applicate non solo in quota per contrastare i sintomi legati al male acuto di montagna, ma anche e soprattutto per curare alcune condizioni croniche patologiche che si accompagnano ad ipossipemia. La ricerca in alta quota è quindi interessante come modello sperimentale per meglio comprendere i meccanismi responsabili di tali condizioni patologiche, per valutare nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche e per identificare nuovi e più adeguati interventi terapeutici".

*** **

ITALIANI IN CIMA ALL'EVEREST PER STUDIARE L'INFARTO E L'OBESITÀ

MILANO - Svelare i segreti di malattie come ictus e infarto in un laboratorio naturale allestito sulle cime del monte Everest. È quanto puntano a fare 46 italiani tra medici, bio-ingegneri e alpinisti, che martedì partiranno per il Nepal, dove si sottoporranno a diversi test scientifici ad alta quota per capire come l'ossigeno possa innescare i meccanismi che sono alla base delle malattie cardiovascolari. E, quindi, contribuire alla ricerca di una possibile cura. La spedizione, chiamata Progetto Highcare, ha un budget complessivo di un milione di euro, ed è organizzata dall'Istituto Auxologico italiano e dall'Università Bicocca di Milano, con il sostegno del Club Alpino italiano e della Regione Lombardia. La sua durata sarà di un mese per i 36 volontari e di due mesi per i dieci alpinisti che fanno parte del gruppo, in tutto equamente suddivisi tra maschi e femmine e di età compresa tra i 18 e i 65 anni.

diamo ascolto ai nostri clienti

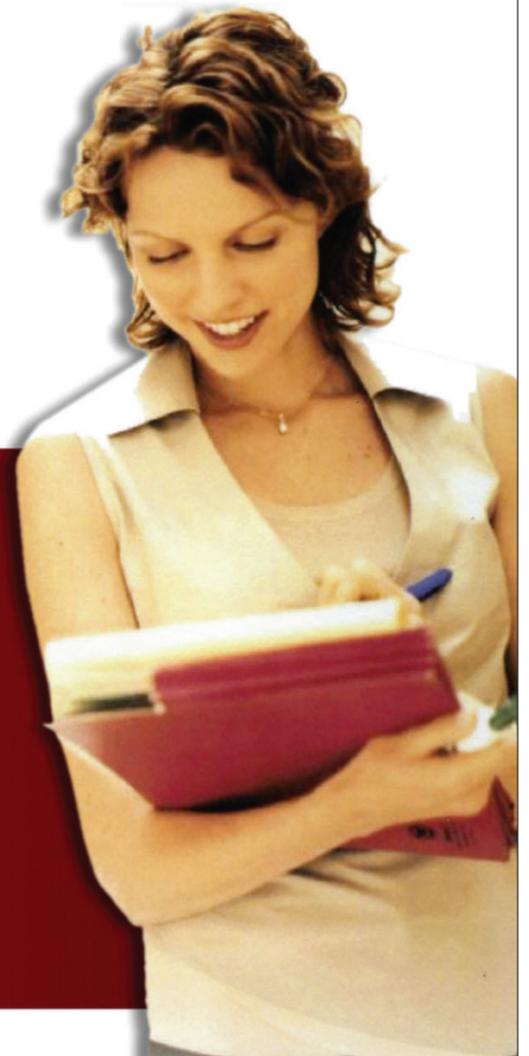
superandone le aspettative

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

Sedi Operative: Via dei Fiorentini, 61 - 80133 NAPOLI - Via Tina Modotti, 100 - 00142 ROMA
Tel. e Fax 081 5510771 | Cell. 347 6161733 dott. Marino Giuliano | marino@marsanconsulting.it



Fj FEDERLAB

Sanitel[®]

*Servizi Integrati di
Assistenza Domiciliare*



Sanitel Italia "servizi integrati di assistenza domiciliare" è una rete in franchising che conta diverse agenzie attive sul territorio nazionale, equamente distribuite tra nord, centro e sud del Paese. Tra le prime organizzazioni private ad essere fondate, Sanitel è oggi leader nel campo dell'assistenza socio sanitaria domiciliare e rappresenta un punto di riferimento di sicura affidabilità a cui si rivolgono privati cittadini, enti e strutture pubbliche e/o private. Sanitel quotidianamente risponde alla crescente domanda di servizi di assistenza alla persona e si fa carico, di giorno e di notte, nei giorni feriali e durante le festività del soddisfacimento di tutte le più diverse richieste di intervento socio-sanitario ed assistenziale a domicilio.

Numero Verde
081-2203099

**SERVIZI DI REPERIBILITÀ
MEDICA PER LABORATORI
DI ANALISI**

www.federlab.net - www.sanitelgroup.it



Centrale Operativa
e Numero Verde
24h su 24



Telesoccorso
e Teleassistenza



Pronto intervento
medico a domicilio
24h su 24



Servizio trasporto
infermi con ambulanza
24h su 24



Assistenza alla persona
24h su 24
Assistenza socio-sanitaria
per anziani e handicappati



Assistenza fisioterapica
e messaggi

www.koinebenessere.it

E' il momento di depurare il tuo corpo.
L'ambiente e l'aria in cui vivamo sono
sempre più inquinati

Via le tossine!
Via i metalli pesanti
dal tuo organismo

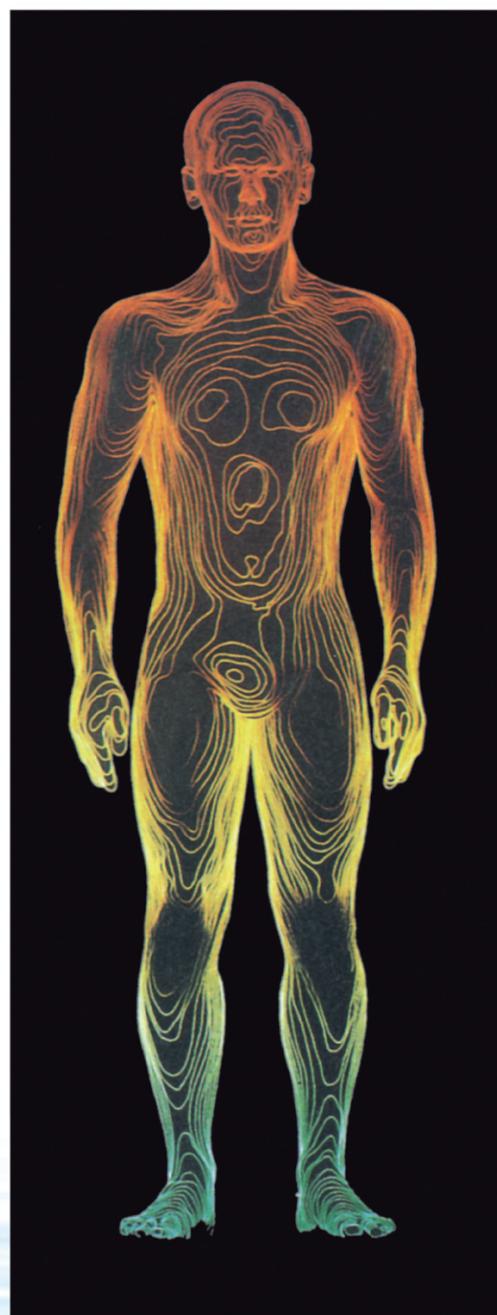
Elettrolisi e Magnetoterapia

due forti alleati e un valido aiuto per la nostra salute
per tutte le età: da 1 anno a oltre 100 anni!



La **magnetoterapia** viene utilizzata per:

- Lenire i **dolori muscolari** e **reumatici**.
- Accelerare la guarigione di **lussazioni, distorsioni, torcicolli, strappi muscolari**.
- Accelerare la **cicatizzazione** di ferite e **piaghe**.
- Curare **mialgie, lombalgie, artrosi, sciatiche**.
- Curare l'**artrosi cervicale**.
- Accelerare la **calcificazione di fratture ossee**.
- Curare tutte le forme di **osteotomia**.
- Curare **flebiti, varici, vasculopatie**.
- Curare l'**artrosi del ginocchio, gomito e polso**.
- Curare le **infiammazioni bronco-polmonari**.
- Curare **Herpes zoster, psoriasi, eczemi, eritemi** e tutte le malattie della pelle.
- Curare il **morbo di Raynaud**.
- Curare le **ipertrofie della prostata** e gli stati **infiammatori della vescica**.
- Mantenere sane le cellule del corpo.
- Aumentare la **fluidità** del sangue nelle arterie.
- Curare gengiviti, **stomatiti, riniti, sinusiti, otiti**.
- Alleviare il **mal di denti**.
- Curare **emicranie, cefalee, vertigini**.
- Ringiovanire la **pelle** attenuando le **rughe**.
- Curare l'**acne** e le malattie della pelle.
- Curare l'**artrosi lombare, dorsale, sacrale** e le **algie intercostali**.
- Curare l'**impotenza sessuale** e le malattie **urogenitali** maschili e femminili.
- Curare **tendiniti e talalgie**.
- Ridurre la **cellulite**.
- Curare tutti gli stati **infiammatori**.
- Curare l'**astenia**.
- Rinforzare le **difese immunitarie** dell'organismo.



L'innovativo sistema sviluppato da Equipe Service utilizza le emissioni di ioni ad alta intensità modulata da due emettitori di magneto: uno all'interno della vaschetta, posta sotto i piedi, e l'altro da posizionare sulla parte del corpo da trattare. Apportando ossigeno alle cellule del nostro organismo, le rigenera, eli-

minando nel contempo grassi, tossine e stati infiammatori. E' un procedimento efficace e delicato per stimolare ed equilibrare il campo bioenergetico e l'autodepurazione cellulare corporea. L'acqua cambia colore in funzione delle scorie rilasciate attraverso i piedi.

prima



acqua prima
del trattamento

Durante il trattamento l'acqua cambia colore secondo gli organi che va a purificare



DEPURA
reni, vescica,
tratti urinari,
prostata



DEPURA
fegato,
fermento-grassi,
tabacco



DEPURA
sistema
circolatorio
e giunture

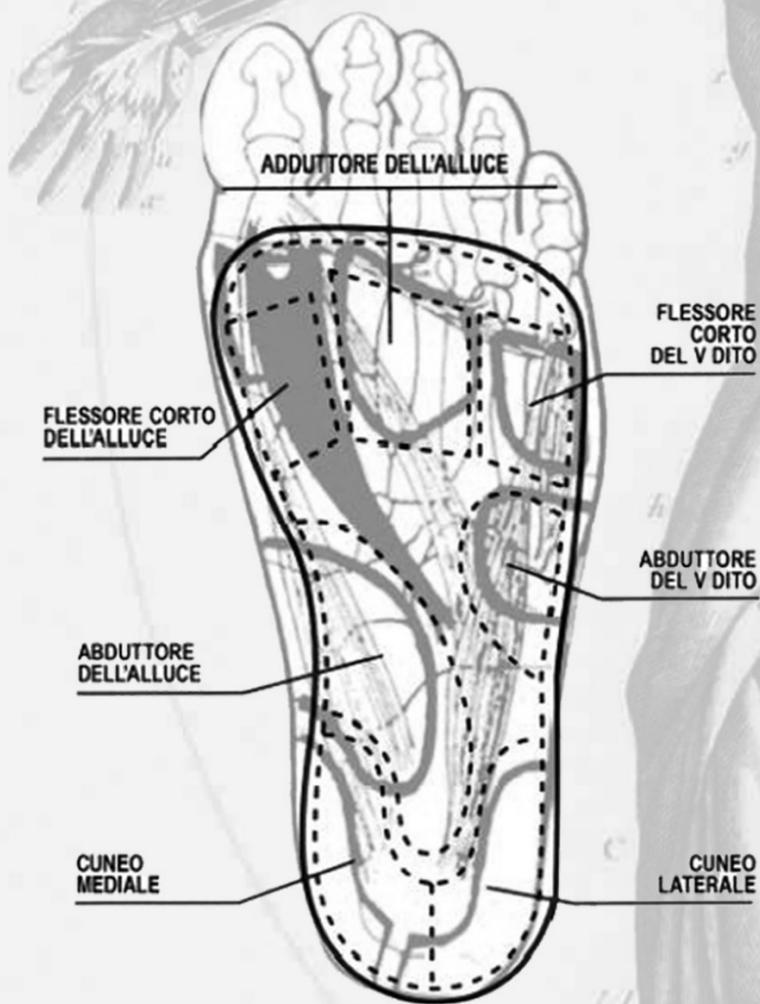


DEPURA
fegato,
residui cellulari,
metalli pesanti



**Ks International Group
organizza il Corso I livello
di Posturologia Plantare
e di guida all'utilizzo
dei suoi plantari medici**

**L'Università Popolare di Avellino, in collaborazione
con la KS International Group S.r.l., a Mercogliano (AV),
organizza il corso di I Livello Posturologia
Plantare con tema: "Inquadramento delle Problematiche
Funzionali dell'Apparato Locomotore" rivolto a: medici,
fisioterapisti e odontoiatri.**



**Il Corso avrà la durata di due giorni
nelle seguenti date:**

- 13 Dicembre 2008 e 14 Dicembre 2008
- 31 Gennaio e 1 febbraio 2009
- 28 febbraio e 1 marzo 2009
- 28 e 29 marzo 2009

**Docente del corso sarà il direttore
del Dipartimento di medicina
dell'Università Popolare di Avellino
Dott.ssa Maria Antonietta Fusco MD.
Ph. D**

**Il programma del Corso sarà
il seguente:**

- **Definizione di patologia funzionale**
- **Inquadramento clinico ed incidenza delle patologie funzionali**
- **Biomeccanica di piede e caviglia**
- **Funzione neuro-sensoriale del piede**
- **Correlazioni tra le funzione neuro-sensoriale podalica e l'organizzazione statica e dinamica dell'apparato locomotore**
- **Sperimentazione e letteratura internazionale**
- **Cenni di riflessologia plantare**
- **Manovre di liberazione articolare per piede e caviglia**
- **Cenni di ortoplastica**
- **Problematiche circolatorie di pertinenza podalica**
- **Indicazioni terapeutiche**

**Le quote di adesione sono di 500,00 €.
Durante il corso non è possibile
effettuare registrazioni audiovisive.
Le adesioni dovranno pervenire
inderogabilmente entro la settimana
precedente l'inizio del corso.**

**Orario delle lezioni:
sabato 09.00 / 13.30 – 15.00 / 19.30
domenica: ore 09.00 / 15.00**

LA TERAPIA PER LE PATOLOGIE DISFUNZIONALI DELL'APPARATO LOCOMOTORE

Ks I.G., la nostra missione è la posturologia

La patologia disfunzionale dell'apparato locomotore è definita come l'alterata funzione dei componenti del sistema somatico: ossa, articolazioni, strutture miofasciali e relativi elementi vascolari, linfatici e neurologici, senza alterazioni anatomiche e/o istologiche degli stessi, né infiammazione. Tale definizione è stata coniata nell'Hospital Adaptation of the International Classification of the Disease, 2nd ed. 1973.

I criteri diagnostici per identificare la Disfunzione somatica sono 3: "A" (Asymmetry): Asimmetria delle parti strutturali e funzionali del sistema muscoloscheletrico (es. altezza delle spalle, funzione della gabbia toracica, altezza del bacino...) "R" (Range): Range di movimento di un'articolazione, di una serie, di un distretto muscoloscheletrico. Il range di movimento può essere alterato perché aumentato o diminuito (più frequentemente diminuito) ed è valutato con movimenti passivi e attivi. "T" (Texture): Consistenza dei tessuti molli del sistema muscoloscheletrico (pelle, fasce, muscoli, legamenti...) valutata con l'osservazione e test palpatori.

Si calcola che nel mondo occidentale



soffrono di patologie della colonna (S.A.V.) tra il 60% e l'80% della popola-

me algica vertebrale) è possibile formulare una diagnosi eziologica organica

Occupational Safety and Health (NIOSH - USA) pone il Low Back Pain al primo

Lancet, il Dott. Anderson offre una viva documentazione d

l'impatto del mal di schiena cronico nelle società industriali.

Negli Stati Uniti è la causa più frequente delle limitazioni delle attività lavorative negli indi-

vidui con meno di 45 anni, la seconda ragione più frequente per le visite presso un medico, la terza più comune per interventi chirurgici. Un numero enorme di persone, circa il 17% di tutta la popolazione lavorativa americana, riceve ogni anno compensi dalle assicurazioni per il mal di schiena.

Il mal di schiena esige un tributo altrettanto pesante in Europa. In Gran Bretagna è responsabile del 20% di giornate lavorative perse per malattia.

In Svezia, negli ultimi 30 anni, ha causato dall'18% al 32% delle giornate di lavoro perse.

Soprattutto, afferma Anderson, in un solo anno il 22% di tutta la popolazione svedese assicurata contro le malattie, è stata registrata almeno una volta con la diagnosi di mal di schiena.

Anche in Italia, da statistiche ISTAT sullo stato di salute

della popolazione, è risultato che le sindromi disfunzionali dell'apparato locomotore sono le malattie croniche più diffuse e risultano al secondo punto della classifica delle cause di invalidità.

Gli Istituti di Medicina del Lavoro hanno pubblicato studi indicanti le patologie croniche del rachide come prima ragione nelle domande di parziale non idoneità al lavoro specifico; le patologie acute dell'apparato muscolo scheletrico, anch'esse spesso riconducibili a squilibri posturali, al secondo posto (dopo le affezioni delle vie respiratorie comprendenti anche le sindromi influenzali).

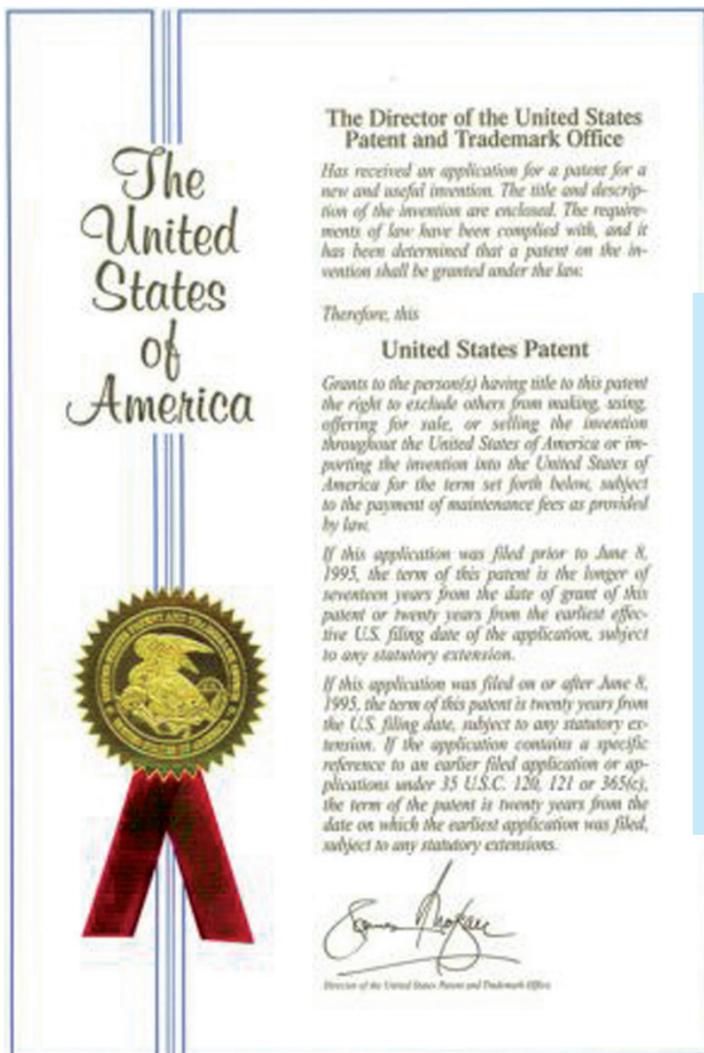
Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro, la lesione da sforzo (nel 60-70% dei casi rappresentata da una lombalgia acuta), si può anch'essa ricondurre a una misconosciuta sofferenza del sistema tonico posturale, che porta a fenomeni di squilibrio acuto, per carichi eccessivi a cui il fisico non è preparato.

Negli ultimi dieci anni di studi e ricerca, la Dottorssa Maria Antonietta Fusco ha dato vita ad una disciplina medica coperta da brevetto internazionale, avendo intuito, per prima, la chiave di lettura e l'indirizzo terapeutico valido nelle patologie disfunzionali, ottenendo risultati costanti e controllabili, non solo sui sintomi dolorosi, ma anche riducendo l'impotenza funzionale e le asimmetrie corporee in pazienti di tutte le età.



posto nella lista dei dieci problemi di salute più rilevanti nei luoghi di lavoro. Inoltre Frymoyer JW. definiva già nel 1984 il Low Back Pain "la Nemesis della Medicina e l'Albatros dell'Industria", questo perché l'uso di presidi farmacologici e/o fisioterapici spesso non assicura-

no risultati certi e duraturi. Per questi motivi sempre più ricercatori si dedicano allo studio ed alla sperimentazione di nuovi protocolli terapeutici. In un recente articolo apparso su



Alla dottoressa Maria Antonietta Fusco (nella foto) è stato concesso un riconoscimento ufficiale (in alto e qui a lato) negli Stati Uniti per la metodologia studiata ed elaborata e riconosciuta come assolutamente efficace ed innovativa, tanto da essere protetta da brevetto e da copy-right.

zazione. Nachemson afferma che solo nel 2% di pazienti affetti da S.A.V. (sindro-

e che il 98% delle S.A.V. sono di natura disfunzionale. Il National Institute of

Occupational Safety and Health (NIOSH - USA) pone il Low Back Pain al primo

Napoli, 26 e 27 settembre 2008: giornate di studio internazionali

Laboratori, l'intesa Mediterranea

Il complesso dialogo che l'Europa ha iniziato con la sponda Sud del Mediterraneo

▶ di Corrado Marino

Da tempo l'Europa ha iniziato un dialogo con la sponda Sud del Mediterraneo, concependo strutture che per la loro complessità, hanno badato, più che al dialogo tra le genti, al solo governo del dialogo, e non hanno compreso che dalle diversità sarebbe dovuta venir fuori l'Unità Mediterranea. Soprattutto se si considera che nel mondo mediterraneo con il concetto di frontiera nella quale ci si pone da una parte o dall'altra, pur se si mantengono e si promuovono estesi contatti e scambi.

Il 13 luglio, si è tenuto a Parigi il vertice dei Capi di Stato e di Governo per l'istituzione dell'"Unione per il Mediterraneo", con l'intervento dei rappresentanti di 43 Paesi.

Tema dell'incontro la rivitalizzazione del "Processo di Barcellona", avviato nel 1995, che è stato lo strumento centrale delle relazioni Euro-mediterranee e ha costituito, per una comunità di oltre 750 milioni di cittadini, un fattore di pace, sicurezza e prosperità in una regione in cui i progressi sono spesso stati frenati dal perdurare dei conflitti e dall'inadeguatezza delle riforme.

Il progetto "Unione per il Mediterraneo" rovescia la impostazione della precedente politica di partenariato e pone il dialogo politico in secondo piano nei confronti delle attività alla base dello sviluppo economico. Occorrerà, d'ora in avanti, promuovere per prima cosa pro-



getti comuni in campo economico per poi migliorare su tali basi il dialogo politico.

Il presidente francese Sarkozy aveva chiaramente enunciato questo ribaltamento operativo nel discorso di Rabat del 23 ottobre 2007, in cui si è richiamato al modello fondativo dell'Europa comunitaria: "Far lavorare insieme persone che si odiavano per abituarle a non odiarsi più".

Nuova è però l'impostazione della dimensione per i progetti, che devono andare al di là degli ambiti

istituzionali, dovranno essere visibili ed interessare i cittadini della regione, e devono contenere quello che sinora è mancato, tra cui la partecipazione del settore privato non necessariamente rappresentato dal grande capitale. E quindi può competere a noi, alla

nostra professionalità, alle organizzazioni non governative, alle organizzazioni come la nostra istituzione Federazione EuroMediterranea, che in modo più consona chiamerei "Unione per il Mediterraneo delle strutture di Chimica Clinica e Medicina di

Alcuni momenti delle Giornate di Studio Internazionale tenutesi a Napoli il 26 e 27 settembre 2008

In alto il presidente di Federlab Italia, dott. Vincenzo D'Anna, il sottosegretario di stato per gli affari esteri, on. Stefania Craxi, il delegato per gli esteri di Federlab Italia, dott. Corrado Marino

volte segnalato le grandi aspettative verso l'Italia nutrita da tutti i paesi della sponda meridionale e ritiene che non ci manchi l'intelligenza, la volontà e la capacità per esercitare una leadership nel contesto regionale, essendo la dimensione mediterranea una priorità irrinunciabile della politica estera italiana.

E dall'Italia attendiamo la dimostrazione, nei fatti, che la globalizzazione non significa affossamento dei diritti fondamentali dell'umanità in nome del benessere di chi riesce a vince-

re imponendo i suoi diktat. Dall'Europa, che ha gravi responsabilità storiche nei confronti di tante parti del mondo, può venire uno straordinario esempio positivo del superamento del passato, crescendo in una identità culturale del Mediterraneo definita dai grandi valori di civiltà che esso ha espresso nei secoli, in linea con la esortazione del giornalista-scrittore Amin Maalouf, che incoraggia a "costruire, di fronte alle mitologie etniche, identitarie, una mitologia comune.

Una storia comune. Una fierezza comune. Una appartenenza comune".

Le specificità e le differenze si potranno allora più facilmente considerare come contributo ed arricchimento di un patrimonio di tutti.

La "Federazione Euro Mediterranea, o Unione per il Mediterraneo delle strutture di Chimica clinica e Medicina di laboratorio" viene incontro, quindi, alla nuova formulazione del partenariato per il Mediterraneo: lavorare insieme per raggiungere comuni obiettivi di qualità, di organizzazione e di produzione dei servizi sanitari offerti, attraverso uno scambio scientifico-culturale continuo, una comune formazione, con il coinvolgimento delle Università ed istituti scientifici, per avviare processi di cooperazione anche nei percorsi di studio, che portino al reciproco riconoscimento dei titoli accademici e delle corrispondenti professionalità.

E ciò estremamente in linea con il terzo volet della Dichiarazione di Barcellona che riconosce gli scambi scientifici e tecnologici e quindi la sanità, quale componente essenziale del riavvicinamento tra i popoli.

Nel suo libro "Breviario mediterraneo"



Il Presidente di Federlab Italia, dott. Vincenzo D'Anna, l'euro parlamentare On. Riccardo Ventre e il delegato per gli esteri di Federlab Italia, dott. Corrado Marino

Una storia comune. Una fierezza comune. Una appartenenza comune

Matvejevic ha scritto che il "il discorso sul Mediterraneo ha sofferto della loquacità mediterranea".

La iniziativa della "Federazione Euro-mediterranea", che sarà ufficializzata a

Parigi il 4 novembre, e che ci vede convinti fondatori insieme ai nostri amici e colleghi francesi e dei Paesi del Magreb, Tunisia, Algeria, Libano, Marocco, trasforma le parole della odierna tavola rotonda in decisioni per la costruzione del futuro del nostro ruolo nel territorio mediterraneo. Occorre salvaguardare le nostre peculiarità, diverse da quelle verso cui spinge la mittel-europa; occorre rea-

gire al disegno del Parlamento Europeo di un loro abbattimento, con scelte che sembrano mirare finanche alla industrializzazione dei rapporti umani e fiduciari, che sono tipici del nostro ambiente mediterraneo. Ed è la nostra unione, la Unione per il Mediterraneo, che potrà contribuire a dare forza alle nostre proposte, attraverso azioni, concordate con la CBE (Confederazione Biologisti

Europei), in linea con la classificazione della nostra attività formulata attraverso l'istituzione del Registro Europeo dall'EC4 (Confederazione della Comunità Europea di Chimica Clinica e Medicina di Laboratorio), e portate al Parlamento Europeo dal CEPLIS (Consiglio Europeo delle Libere Professioni). Esse saranno volte alla difesa del grande patrimonio scientifico, culturale, profes-

sionale e sociale che non può e non deve essere stradicato dalle nostre terre e dalle nostre tradizioni e che, pur con le modifiche rese indispensabili dalle trasformazioni socio-economiche e scientifiche, deve poter salvaguardare il caratteristico legame capillare con una umanità in cerca di aiuto, di aiuto sanitario ma, sempre più spesso, di aiuto umano, anche solo attraverso uno sguardo, una attenzione all'ascolto, una parola di speranza.

Il mercato dei forti, che l'Europa sembra privilegiare con politiche ad esso indirizzate, non può essere lasciato a se stesso, nè gli si può consentire di autodefinire le regole del suo evolvere, solo perchè potente della sua capacità economica.

E' la Politica, intesa come governo equilibrato delle aspettative e dei bisogni umani, l'unico strumento che possa contemperare esigenze spesso contrapposte, da soddisfare attraverso regole rispettose del substrato sociale e culturale su cui vanno ad impiantarsi. Ben vengano, allora tutte le iniziative e i suggerimenti che risponderanno agli obiettivi espressi nello statuto della Federazione delle strutture di chimica clinica e medicina di laboratorio.

Agnano

Le giornate di studio nello splendido scenario dell'Hotel delle Terme

Napoli 26-27 settembre 2008
Sala delle conferenze - Hotel delle Terme - Agnano

Venerdì 26
Realità a confronto nell'Area Mediterranea
Inizio lavori ore 10
Introduzione
Dr. Corrado Marino - Direttore organizzativo Federlab Italia
Saluti
M. Mohamed Imed Torjemanne - Console di Tunisia a Napoli

Il laboratorio di analisi cliniche: attività sanitaria o ero-

gazione di servizi?
Dr. Jean Bètuè - Segretario Generale Sindacato dei Biologisti - Parigi
L'organizzazione dei Laboratori di Analisi nel Magreb
Prof. Smail Belazzoug - Algeria
Intervento di salute della delegazione del Marocco

La Federazione Euro Mediterranea delle strutture di Chimica Clinica e Medicina di Laboratorio
Dr. Bhari Cherif - Presidente Sindacato Biologisti - Tunisi

L'Unione Mediterranea nel-

la rinnovata politica europea di cooperazione e scambio
On. Stefania Craxi - Sottosegretario Ministero degli Esteri

Le analisi chimico-cliniche in Europa (I)

Introduzione
Dr. Corrado Marino - direttore organizzativo Federlab Italia
L'organizzazione dei Laboratori di Analisi in Europa
Dr. Jean-Pierre Molgatini - Presidente CBE - Confederazione Biologisti Europei - Lione
Attualità nella organizzazione dei laboratori di analisi in Portogallo
Dr. Jorge Nunes Oliveira - Portogallo
Legislazione europea: l'esercizio della libera scelta del luogo di diagnosi e cura
On. Riccardo Ventre - Euro-parlamentare
L'Europa delle Professioni

On. Stefano Zappalà - Euro-parlamentare
Il laboratorio di Analisi: "Una impresa professionale"
Dr. Gaetano Stella - Presidente Confprofessioni - Roma
Le "Small Business Act"
Dr. Theodoros Koutroubas - Director General CEPLIS - Bruxelles.
Sabato 27

Le analisi chimico-cliniche in Europa (II)
Inizio lavori ore 10
Introduzione
Dr. Corrado Marino - Direttore organizzativo Federlab Italia

Il CEPLIS (Consiglio Europeo delle Libere Professioni) e la rappresentanza in seno alla Commissione e al Parlamento Europeo
Dr. Pierangelo Sardi - Presidente CEPLIS - Bruxelles
Le "European Communities

Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine" (EC4) e il Registro Europeo degli specialisti in Chimica Clinica e Medicina di laboratorio
Dr. Giuseppe Nubile - rappresentante per l'Italia EC4 - Bruxelles

La Bioqualità in Francia
Alain Suiro - Bioqualité - Parigi
Qualità Totale nei laboratori di analisi cliniche
Dr. Salvatore Curtese - Dirigente Federlab Campania
Omogeneizzazione normativa e retributiva delle prestazioni di laboratorio in Europa
Dr. Vincenzo D'Anna - Presidente Federlab Italia
Tavola rotonda
Ore 15 - Riunione riservata ai soci fondatori della Federazione Euro-mediterranea delle strutture di Chimica Clinica e di medicina di Laboratorio.

L'INTERVENTO DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO DEGLI AFFARI ESTERI

Laboratori, le prospettive nell'area Euro-Mediterranea

▶ di Stefania Craxi*

Gentili Delegati, ringrazio anzitutto gli organizzatori per l'invito a prendere parte a questo convegno, al quale ho aderito con piacere. L'occasione mi dà anche lo spunto, trattando il tema del Mediterraneo, di affrontare un'area geografica che non solo rientra tra le mie specifiche competenze di politica estera ma che anche riscuote da sempre il mio interesse in termini di integrazione regionale e transfrontaliera, immersi come siamo in un mare ed un'area nella quale sarebbe autenticamente delittuoso non giocare un ruolo da protagonisti.

Intendo in primo luogo collocarmi sulla linea dell'intervento del Dr. Marino, di cui condivido l'impostazione. Mi sento infatti nella medesima lunghezza d'onda allorché il nostro ospite afferma che da "un'analisi delle passate esperienze... rivela come sia stato errato l'approccio al Mediterraneo, concependo strutture che per la loro complessità, hanno badato, più che al dialogo tra le genti, al solo governo del dialogo, e non hanno compreso

che dalla diversità sarebbe dovuta venir fuori l'Unione Mediterranea".

E' vero che l'esperienza ci ha mostrato come alla radice di alcuni fallimenti vada collocata anche la variabile - non indipendente - del processo di pace in Medio Oriente. Ma è al contempo vero che l'impianto pensato a Barcellona nel 1995 ebbe tra i vulnus iniziali e seguenti una scarsa co-ownership (vale a dire un non credibile coinvolgimento delle controparti della sponda sud nelle iniziative via via pensate a Bruxelles) così come una filosofia delle cooperazioni allo sviluppo che identificava fondi (peraltro non enormi, essendo in quegli anni alle prese con il processo di allargamento della UE - soprattutto verso l'Europa orientale) prima ancora di ma-

ture iniziative realmente condivise. Il processo di Barcellona, tuttavia, ha comunque messo in pista un processo di integrazione con l'obiettivo della

rocco. L'unico Paese che, allo stato, ha in essere un accordo di libero scambio con la UE - limitatamente però ai prodotti industriali - è la Tu-

non stiamo lesinando sforzi al riguardo. L'iniziativa voluta da Sarkowy con il Vertice di Parigi del luglio scorso ed alla quale noi abbiamo da subito offerto il nostro sostegno, mira dunque a compensare quelle carenze cui facevo prima riferimento. Con la sfida aggiuntiva, causata dalla scarsa limitatezza di fondi pubblici (sia comunitari sia nazionali), di attivare iniziative economiche che siano finanziariamente sostenibili e capaci dunque di attrarre i capitali privati necessari. La scarsità di risorse non necessariamente è un male, in quanto provvede drasticamente a selezionare le iniziative.

Ciò anche per evitare processi autoreferenziali in cui si finisce per alimentare "quel governo del dialogo piuttosto che il dialogo tra le popolazioni". Ed è in questo spirito che come rappresentante del Ministero degli esteri

mi sto particolarmente impegnando. Da un lato, contribuire a conferire al nostro Paese il ruolo che gli spetta in un'area che di tutta evidenza è prioritaria per la nostra politica estera. Dall'altro, favorire quelle iniziative che, oltre al necessario interesse economico ed industriale, siano effettivamente capaci di sostenere i processi di integrazione tra le due sponde del Mediterraneo. Nella vostra due giorni di convegno affronterete, evidentemente, questioni specifiche e più direttamente connesse al vostro campo di attività, tra le quali l'attuale indirizzo europeo circa la regolamentazione delle professioni e dei laboratori di analisi. Ho letto di una qualche preoccupazione a tale riguardo e - se ritenuto utile - sono disponibile anch'io a farmi portatrice di vostre eventuali esigenze, indicazioni e suggerimenti. Per quanto mi è noto, tuttavia, so per certo che tale esigenza di riflessione coordinamento con le istanze dell'Amministrazione. Nel quadro dell'azione del settore sanitario, materia che pur non essendo seguita direttamente dalla Farnesina è dalla



L'on. Stefania Craxi

creazione di un'area di libero scambio entro il 2010, i cui rallentamenti non sono tutti da ascrivere al versante comunitario. Basti pensare alle ricorrenti tensioni tra Algeria e Ma-

nisia. E' nostro vivo auspicio, tuttavia, che il processo di integrazione continui e, anche sul piano bilaterale,

Giornate Internazionali di Studio

Direttiva n. 36, il Parlamento Europeo approva il riconoscimento delle qualifiche professionali

Approvata dal Parlamento Europeo il 07.07.2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

Il provvedimento costituisce il Regolamento per lo svolgimento dell'attività libero professionale negli Stati dell'Unione Europea. Un'attenta lettura della Direttiva agevola la comprensione sui vari aspetti riguardanti il riconoscimento delle professioni liberali e le modalità di esercizio della professione.

Allo stato, alcun riconoscimento viene determinato per le attività di Biologista, ovvero di Laboratorista.

Tale lacuna induce alla considerazione che l'attività di laboratorio sia riconducibile a quelle ricomprese nella Categoria dei servizi e non delle attività professionali.

Le attività di servizio sono sottoposte a libero mercato senza alcun limite e/o vincolo. Né consegue che in molte Nazioni Euro-

pee si è determinata la concentrazione delle attività di laboratorio mediante interventi di società di capitali che hanno assorbito la rete delle strutture di laboratorio esistente (Germania e Spagna). Gli Onorevoli Stefano Zappalà e Patrizia Toia con altri Parlamentari hanno redatto la dichiarazione n. 56/2008, che qui di seguito pubblichiamo, con la quale si invita l'apposita commissione ad integrare la Direttiva n. 36 relativa alle qualifiche professionali.



La dichiarazione n. 56 necessita dell'adesione di almeno n. 350 Parlamentari Europei.

FederLab Italia, con le altre Associazioni Europee rappresentative delle strutture di laboratorio, tramite il CEPLIS - Confedera-

zione Europea Libere Professioni - muoverà gli opportuni passi affinché sia riconosciuta la figura professionale di laboratorista (Biologista) e che i laboratori non siano riconducibili alle società erogatrici di servizi.

stessa coordinata nel quadro delle attività svolte a Bruxelles dalla nostra Rappresentanza Permanente presso l'Unione Europea, desidero comunque ricordare che le conclusioni adottate dal Consiglio Lavoro e Politiche Sociali (EPSCO) del giugno 2006, sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione Europea, enunciano tra i principi la qualità, la sicurezza, l'assistenza basata sulle prove e l'etica, il coinvolgimento del paziente, il risarcimento e la riservatezza dei dati personali. Ritengo sia di fondamentale importanza per i pazienti, gli operatori sanitari e le autorità responsabili dei sistemi

FEMILAB

Nasce a Napoli la Federazione Euromediterranea dei Laboratori di Analisi Medica



norme qualitative. Stiamo quindi valutando le possibili ripercussioni di tale strumento sul sistema nazionale di accreditamento delle strutture di erogazione, inclusi i laboratori. In tal senso intendiamo vigilare affinché talune peculiarità, che classificano le nostre strutture sanitarie tra quelle con nügüirü standard di sicurezza ed affidabilità in Europa, non ne risultino snaturate e non debbano pertanto perdere quelle caratteristiche di eccellenza fino ad oggi da tutti riconosciute. La medicina, questa grande scienza, oggi è sempre di più veicolo di pace e di dialogo con essa si completano e migliorano non solo gli scambi di informazione, di esperienze ma anche gli interventi compiuti tra le due sponde del Mediterraneo.

dubbe prerogative per le strutture sanitarie che già assicurano condizioni di eccellenza.

Da parte italiana abbiamo ovviamente avviato una riflessione sui rischi e le criticità di tale strumento. Siamo convinti che, oltre a definire con chiarezza gli aspetti connessi alla libera circolazione dei professionisti sanitari, sia al contempo necessario, come accennavo prima, prevedere un coinvolgimento degli stessi per la messa a punto di

Cito per tutti una recente operazione che si è svolta a Damasco da una équipe medica siriana sotto la guida di una équipe medica italiana. Sono atti che ci aiutano a imboccare la via della pace, ma più di tutto l'auspicio e una emancipazione di una buona volontà politica.

Auguro a tutti un buon prosieguo dei lavori e ringrazio ancora per l'opportunità datami di essere qui tra voi.

*Sottosegretario Affari Esteri

sanitari poter contare sul rispetto di tali principi condivisi e sull'esistenza di strutture, inclusi quindi i laboratori, che ne assicurino l'efficace attuazione. Tra le iniziative di maggiore rilievo a livello comunitario merita un cenno la proposta di Direttiva sulle cure transfrontaliere e la mobilità dei pazienti, recentemente adottata dalla Commissione nel quadro dell'Agenda Sociale rinnovata. La proposta rappresenta, senza dubbio, una base per definire un quadro comunitario condiviso nel settore e per sfruttare appieno le grandi potenzialità di cooperazione esistenti nell'Unione nell'ottica del miglioramento dell'efficienza dei sistemi sanitari. Le misure previste garantirebbero, a nostro parere, in-

E POI...

I ringraziamenti dei colleghi biologi del Marocco

Sottosegretario di Stato degli Affari Esteri, Console della Tunisia a Napoli, Presidente della confederazione dei biologi europei, Presidente di Federlab Italia, Direttore dell'organizzazione di Federlab Italia, signore e signori, a nome di tutti i biologi del Marocco, vogliamo ringraziare i nostri amici italiani per averci invitato a queste giornate di studio internazionale sull'attualità e l'avvenire dei laboratori di analisi e biologia clinica nella regione Euro-Mediterranea.

Li ringraziamo anche per la scelta di Napoli, città europea carica di storia al fine di mettere al primo posto la federa-

zione Euro-Mediterranea dei laboratori di biologia clinica, per il progresso della biologia clinica e per l'unione solidale dei biologi in questa regione del mondo. Siamo qui per esprimere la nostra volontà, attraverso il sindacato dei biologi del Marocco per contribuire alla nascita di un partenariato della biologia medica Euro-Mediterranea. Per dare seguito alle istanze farmaceutiche già esistenti.

1) Attualmente siamo quasi 400 biologi autorizzati ad esercitare nei laboratori di analisi privati in tutto il Marocco;

2) la nostra professione è regolamentata dalla legge 12.01 emanata nel novembre 2003, che esige un diploma di quattro anni di studi in medicina, veterinaria o farmacia. Consideriamo che la biologia medica è un vettore importante nello sviluppo della politica sanitaria di un Paese e desideriamo con ciò rafforzare il ruolo del biologo come elemento motore nel settore della sanità:

- attraverso una fruttuosa collaborazio-



ne tra i biologi dell'area euro-Mediterranea;
- attraverso una cooperazione tra le facoltà e le società scientifiche nel settore della biologia clinica;
- così come attraverso per lo sviluppo delle attività della formazione continua. Vi ringrazio per la vostra attenzione.

Cause e rimedi di un'abitudine pericolosa che provoca il 23% dei ricoveri ospedalieri

Quando la terapia fai da te diventa peggio di una malattia

▶ di Anselmo Tagliacozzi

Tentare di curarsi, per gli indisciplinati delle posologie, spesso e volentieri risulta dannoso. In generale, assumere il farmaco che ci viene prescritto dal medico, con dosaggi e modalità sbagliate è un errore comune che può rivelarsi estremamente pericoloso per la salute. Questo tipo di "sviste" sembra che si verifichino sempre più frequentemente: modalità di impiego free, dosaggi non corretti, scambi di confezioni sono errori che possono comportare rischi di intossicazione con corse al pronto soccorso e con ricoveri urgenti nei casi più gravi. L'allarme è stato lanciato dalla Fimmg, la Federazione dei medici di famiglia, in un articolo che appare questo mese nella rivista della Federazione, *Avvenire Medico*.

Secondo i medici, si tratta di un fenomeno finora poco conosciuto che colpisce prevalentemente l'età pediatrica e risulta essere la principale causa di intossicazione acuta in ambiente extraospedaliero nel bambino di età inferiore ai sei mesi. A sbagliare sono soprattutto i genitori (56,7%), mentre nel 26,9% dei casi l'errore si deve al paziente stesso. Le conseguenze di questi dosaggi "fai da te" possono essere serie o addirittura letali. Secondo una stima effettuata dall'Office of the U.S. Inspector General "la mancanza di compliance è responsabile negli Stati Uniti di 125mila decessi per malattia cardiovascolare ogni anno". Se i pazienti assumessero i loro farmaci secondo le prescrizioni, potrebbe essere evitato fino al 23% dei ricoveri ospedalieri, molte visite mediche, numerose indagini di laboratorio e un gran numero di trattamenti non necessari. Con un notevole risparmio per il Servizio sanitario nazionale. Gli errori nel dosaggio si registrano soprattutto quando vengo-



no prescritti antinfiammatori, analgesici e antipiretici (18%), ma anche per i farmaci destinati alla cura del sistema nervoso centrale (13,6%) e per gli antimicrobici (13,2%) sembra che ci siano non poche possibilità di errore. Sull'argomento il parere

dei medici è concorde: "È necessario individuare le modalità che inducono a sbagliare in modo da mettere a punto interventi mirati, a cominciare da una maggiore informazione del paziente da parte del medico o del farmacista e da una più chiara e

corretta distinzione delle confezioni di medicinali".

Ma quali sono i motivi principali per cui si commettono errori nel prendere i farmaci? Al primo posto c'è la distrazione (pensare a mille cose, incalzati dalla frenesia dei troppi

impegni quotidiani porta spesso a non leggere la posologia indicata nei foglietti illustrativi o a non controllare la prescrizione del proprio medico curante), ma nel 14,4% l'errore è indotto da confezioni o da nomi commerciali simili di farmaci diversi. Nel 20% dei casi la causa è legata ad istruzioni che risultano essere inadeguate. "La soluzione - dicono alla Fimmg - potrebbe essere l'utilizzo di un foglio di terapia da allegare al foglietto illustrativo". Nel 9,6% dei casi l'errore è invece dovuto all'incomprensione delle istruzioni o alla difficile interpretazione della ricetta da parte del paziente o chi per lui. Un rimedio possibile potrebbe essere quello di far conservare, al momento dell'acquisto del farmaco, anche al paziente una copia della ricetta originale.

A questi errori si aggiunge quello di dosaggio. Alcuni esempi: i pazienti, specialmente gli anziani, confondono i millilitri con i milligrammi, oppure lo stesso farmaco è presente, sul mercato, con quantità di principio attivo di-

verse, con il rischio per il malato di assumere medicinali nel modo sbagliato: il dosaggio quindi risulta a volte inferiore o superiore al necessario con conseguenze nel primo caso di inutilità o insufficienza della terapia, nel secondo di superfluo sovradosaggio o possibilità di intossicazione.

"Una proposta - scrive la Federazione dei medici - sarebbe quella di colorare i blister in modo diverso".

Ma la colpa non è solo dei produttori farmaceutici o dei dottori. Sempre secondo la Fimmg, solo la metà dei pazienti che escono da uno studio medico con una prescrizione segue fedelmente le direttive indicate. Una percentuale veramente bassa, che colpisce in un Paese evoluto come l'Italia, che vanta un Servizio sanitario nazionale competitivo a livello europeo, ma forse che pecca a livello di informazione e di consapevolezza dei pazienti. "Senza la collaborazione del malato - sottolinea, infatti, i medici - anche il miglior piano terapeutico è destinato miseramente a fallire".

FEDERLAB
Sindacato Laboratoristi
Campani

S B V
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 QUALITÀ'
ACCESSIBILI OVUNQUE, SENZA LISTE D'ATTESA

La carta europea di assicurazione malattia è stata adottata da 31 Paesi del Vecchio Continente

Viaggi all'estero, ecco come utilizzare la tessera sanitaria

di Tullia Sgalambro

I cittadini di 31 Paesi europei che devono soggiornare in uno dei Paesi dell'Unione possono dotarsi della Carta europea di assicurazione malattia. Utilizzando questa carta si può beneficiare di cure mediche in caso di malattia o di incidente in queste nazioni: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Romania, Spagna, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Svezia, Ungheria. L'Italia, poi, ha stipulato un'apposita convenzione con la Norvegia, il Liechtenstein, l'Islanda e la Svizzera. La normativa comunitaria consente dunque ad ogni cittadino che si trova in un altro Paese Ue di ricevere gratuitamente tutte le cure considerate necessa-



La Carta è uguale in tutti i Paesi, anche se ciascuno Stato la emette nella lingua nazionale, ed è perciò facilmente riconoscibile dal personale medico

rie, ma alla condizione che le prestazioni vengano fornite da una struttura pubblica o privata convenzionata.

La Carta è uguale in tutti i Paesi, anche se ciascuno Stato la emette nella lingua nazionale, ed è perciò anche facilmente riconoscibile dal personale medico. Può però accadere che il cittadino, nonostante mostri la Carta, venga chiamato ugualmente a pagare la pre-

stazione medica. In questo caso, una volta rientrati è possibile ottenere il rimborso di quanto pagato presentandosi all'ufficio Convenzioni internazionali del dipartimento cure primarie. E' fondamentale conservare le fatture originali dei pagamenti effettuati e, nel caso in cui il

rimborso non sia riconosciuto, le spese potranno essere detratte nella dichiarazione dei redditi l'anno successivo. In caso di smarrimento della Carta è sufficiente recarsi presso la propria Asl e richiedere il certificato sostitutivo provvisorio. Nel caso in cui invece ci si accorga di essere privi della Carta proprio mentre ci si trova all'estero, magari quando si è in procinto di essere ricoverati, è possibile telefonare direttamente all'ufficio Convenzioni internazionali che provvederà ad inviare, anche tramite fax, il certificato sostitutivo provvisorio.

DOVE ERAVAMO RIMASTI?

Croce Rossa, pronto il nuovo simbolo

Ha preso il via in commissione Esteri della Camera l'iter del ddl governativo per la ratifica dell'accordo che introduce il nuovo simbolo della Croce rossa, un rombo rosso su sfondo bianco. Il "cristallo rosso" è stato introdotto dal Protocollo aggiuntivo alla Convenzione di Ginevra sottoscritto nel 2005 da 84 Stati, tra cui l'Italia.

Lavori usuranti, via all'esame

Con la relazione di Giuliano Cazzola (Pdl) la commissione Lavoro della Camera ha avviato l'esame del ddl 1441 - quater di delega al governo in materia di lavori usuranti, riorganizzazione di enti e misure contro il lavoro sommerso. Il dlgs contiene norme sul pensionamento anticipato per gli addetti ai lavori particolarmente faticosi e pesanti.

Disabili gravi, si attende il testo

Il comitato ristretto della commissione Lavoro ha proseguito la messa a punto di un testo unificato dei vari pdl che riguardano il pensionamento anticipato dei lavoratori che assistono familiari con gravi handicap. Uno dei punti più delicato è la definizione della platea dei beneficiari e dei relativi costi, rapportati anche al grado di disabilità.

Farmaci psicotropi, occorre approfondire

Alla Camera in commissione Affari sociali è proseguito l'approfondimento, in comitato ristretto, della pdl 126 che contiene disposizioni per l'impiego di farmaci psicotropi, cioè specifici per la cura di bambini e adolescenti colpiti da varie forme di depressione e altre turbe della personalità.

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



Giornata nazionale dei risvegli, Alessandro Bergonzoni è il testimonial di "Vivo e vegeto"

Ricerca biomedica, ecco come si assegnano i fondi

Spina bifida, un convegno per dare a chi è ammalato un "mondo all'altezza dei suoi sogni"

STATI VEGETATIVI COMA, GIORNATA E COMMISSIONE



Alessandro Bergonzoni testimonial di "Vivo e vegeto"

TUMORI, PREVENZIONE COL NASTRO ROSA

Sarà Ilaria D'Amico la testimonial della campagna "Nastro Rosa 2008", dedicata alla prevenzione del tumore al seno, e che vedrà in ottobre la Lilt - Lega italiana per la lotta contro i tumori e l'azienda cosmetica Estée Lauder in prima linea nella lotta a questa patologia. Nastro Rosa vuole sensibilizzare le donne sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce del tumore alla mammella, che nel mondo occidentale è in costante aumento; in Italia i nuovi casi sono 40mila l'anno, mentre sono diminuiti i decessi. Tra le iniziative, visite senologiche gratuite e le donne con più di 25 anni nei 352 ambulatori Lilt d'Italia.



Ilaria D'Amico testimonial del Nastro Rosa

RICERCA BIOMEDICA IN ITALIA, ECCO I NUOVI CRITERI DI ASSEGNAZIONE DEI FONDI

Il Sottosegretario alla salute Prof. Ferruccio Fazio nel corso di una conferenza stampa ha illustrato i nuovi criteri di assegnazione dei fondi per la ricerca biomedica in Italia. In particolare i nuovi criteri prevedono: massima trasparenza nelle procedure di selezione dei progetti di ricerca, erogazione dei finanziamenti ai progetti scientifici più promettenti e secondo criteri meritocratici, istituzione di un Comitato unico di valutazione scientifica di altissima valenza tra Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), aperto anche ad altri Enti di ricerca e strutture internazionali, configurazione di un percorso unico per la valutazione della ricerca biomedica.

Attualmente in Italia i progetti di ricerca vengono finanziati da diverse Istituzioni ed Enti secondo criteri di valutazione eterogenei e meccanismi complicati. Per questi motivi la comunità scientifica chiedeva da tempo una riorganizzazione del sistema, sia per quanto riguarda i criteri di valutazione dei progetti che l'erogazione dei finanziamenti. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il MIUR hanno avviato congiuntamente, ed è la prima volta che ciò accade, l'intera riorganizzazione del sistema di valutazione dei progetti di ricerca biomedica. A tal fine viene costituito un Comitato unico di valutazione scientifica che si farà garante dell'equa, tempestiva e trasparente valutazione dei progetti e del loro finanziamento. Il Comitato prevede uno staff scientifico che ha il compito di individuare, ogni biennio, uno o più gruppi (panel) di esperti di livello internazionale (ogni panel di circa 12 persone) e di affidare la valutazione di ciascun progetto a referee indipendenti (minimo tre). Lo staff scientifico del Comitato riceve i progetti classificati secondo le priorità di merito dal panel di esperti ed estrae dalla graduatoria generale i progetti finanziabili applicando le priorità prestabilite da ciascun Ente in base alle proprie competenze tematiche.

*** **

SPINA BIFIDA, UNA SETTIMANA PER CONOSCKERLA

Si è svolta dal 4 al 12 ottobre la Settimana nazionale della spina bifida, promossa da Asbi-Associazione spina bifida Italia e Strada per l'Arcobaleno. La Settimana è il principale evento di sensibilizzazione sulla patologia, a tutt'oggi inguaribile, e sulla sua prevenzione. Previsto il lancio della campagna "Diamo a chi è affetto da spina bifida un mondo all'altezza dei suoi sogni", e un convegno sul costo sociale ed economico della spina bifida in Italia.

"Vivo e vegeto. Ma soprattutto vivo": è questo lo slogan 2008 della Giornata nazionale dei risvegli e per la ricerca sul coma, promossa dall'associazione Amici di Luca, che si è tenuta il 7 ottobre. La manifestazione, ricca di appuntamenti, avrà il volto dell'attore Alessandro Bergonzoni, scelto come testimonial.

Tra gli eventi della campagna, convegni scientifici, una campagna di comunicazione, dibattiti pubblici ma anche una tournée teatrale con protagonisti tornati a parlare e camminare dopo il coma.

In occasione della presentazione della Giornata, è arrivato anche un annuncio da parte del sottosegretario alle Politiche sociali, Eugenia Roccella: "Entro settembre - ha detto - definiremo e convocheremo la nuova commissione sugli stati vegetativi e sugli stati di minima coscienza". A presiederla sarà la stessa Roccella, che ha promesso: "Le prime risposte arriveranno già ad ottobre".

la rivista del turismo e del tempo libero
CAMPANIA
WEEK END

*in edicola
in Campania*

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

AVELLINO
Il museo Irpino

BENEVENTO
Tra storia e leggenda
Mongeri nel Sannio

CASERTA
Ciampate del Diavolo
La più grande puzza del 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
SAPORI & SAPORI

Morbo di Gunther, i vampiri non esistono solo nella fantasia

I licantropi non sono un'invenzione di Bram Stoker ma esistono anche nella patologia medica e nella medicina di laboratorio

▶ di Giovanni Tringali*



Non è fantasticheria: anche se sembra singolare esiste una correlazione del dosaggio di ALA e porfobilinogeno urinario con i vampiri ed i licantropi di tempi ormai andati. La fantasiosa ispirazione sul conte Dracula e sui vampiri che ebbe il medico scrittore irlandese Bram Stoker (1847-1912) fu la scoperta di una rara malattia ereditaria: la Porfiria. Si tratta di un gruppo di sindromi cliniche causate da un alterato metabolismo delle porfirine, dovuto a mutazioni nei geni che regolano la biosintesi dell'eme che costituisce il gruppo prostetico (cioè non proteico) della molecola di emoglobina a cui si deve il colore rosso del sangue dei vertebrati e quindi anche del nostro. Nella porfiria eritropoietica congenita, chiamata anche Morbo di Gunther, i principali sintomi sono la spiccata anemia (da cui il pallore cadaverico che hanno i vampiri), la fotosensibilità (peculiare caratteristica dei vampiri che non possono vedere la luce solare) e l'eritrodonzia dovuta all'accumulo di porfirine nel fosfato calcico dei denti, curiosa caratteristica di questa malattia che consiste in una fluorescenza rossa dei denti soprattutto quando illuminati da luce ultravioletta (l'eritrodonzia l'abbiamo già vista al cinema). In ultima analisi, il malato di porfiria deve evitare di esporre la pelle direttamente al sole, altrimenti nella zona interessata dall'esposizione

diretta ai raggi UV si formerebbero fastidiose bolle il cui esito cicatriziale, soprattutto se presenti nel viso è notevolmente antiestetico. In alcune rare forme di porfiria si può avere anche retrattilità della gengive che fa sembrare i denti più lunghi, rachitismo degli arti, in particolare delle mani che assumono una strana forma. La mancata assimilazione di raggi UV inoltre, potrebbe negli anni deformare leggermente un viso che insieme al pallore, assume strane sembianze.

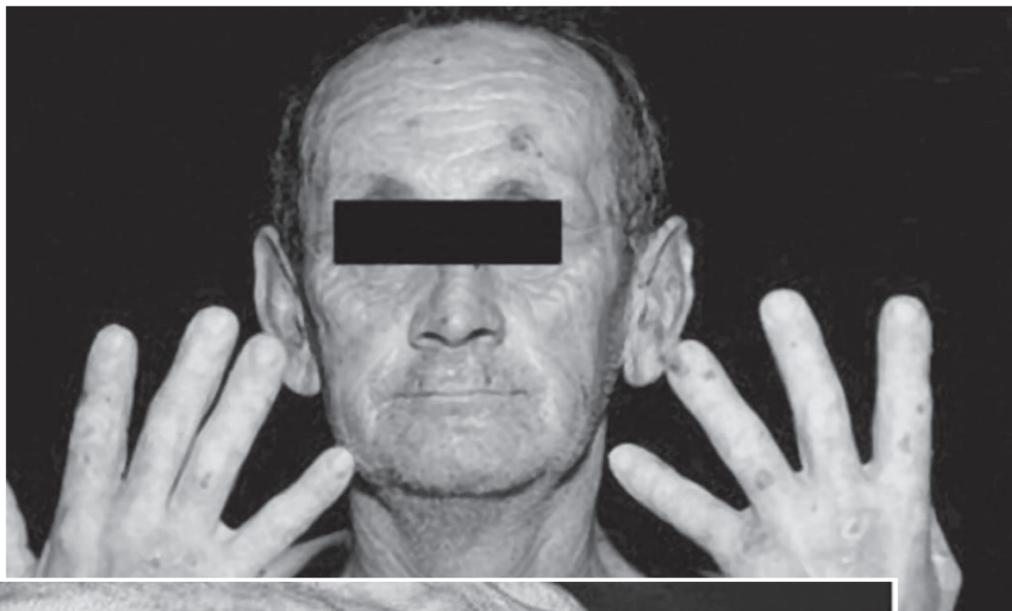
Un'altra forma di porfiria, ad esempio, la porfiria cutanea tarda, seppur manifestando la stessa comune fotosensibilità con conseguente lesione cutanea al contatto diretto con la luce solare, incrementa la crescita di peluria all'altezza del viso, in particolare degli zigomi (sono forse questi i licantropi della fantasia horror?). La licantropia è stata ispirata dalle sembianze del viso umano a quello del lupo ma non per motivi soprannaturali bensì per una specifica patologia e recentemente un caso si è visto in una recente trasmissione televisiva che si occupa di Guinness dei primati.

Il sistema nervoso, dopo quello circolatorio, è il secondo bersaglio della porfiria e talora il malato può occasionalmente avere forti disturbi neurologici seguiti da una forte paralisi che lascia il soggetto in uno stato di catalessi anche per giorni al punto tale da sembrare morto. Non sono rari nel passato i casi in cui un malato di porfiria si svegliasse durante l'estremo saluto mentre era posto dentro ad una bara con quattro candele accese agli angoli. Ecco quindi un'altra spiegazione delle carat-

teristiche abitudinarie del vampiro; la catalessi in una bara seguita da un risveglio e poiché il risveglio poteva avvenire anche di notte, s'in-

re, non solo metteva in pericolo il malato esponendolo ad altre malattie, ma scatenò l'azione della Chiesa che inquisì tutti i malati di porfiria perché associati alle forze nefaste della Bibbia; appunto perché nella mentalità medievale, vedere una persona mortalmente pallida evitare il sole (e per analogia an-

Nella porfiria eritropoietica congenita i principali sintomi sono la spiccata anemia (da cui il pallore cadaverico), la fotosensibilità (peculiare caratteristica dei vampiri) e l'eritrodonzia dovuta all'accumulo di porfirine nel fosfato calcico dei denti



Nelle foto un esempio di porfiria cutanea tarda con le classiche lesioni cutanee dovute al contatto diretto con la luce solare

consigliavano al malato di bere sangue bovino o suino. Questo però, contrariamente a ciò che si sperava di ottene-

re, non solo metteva in pericolo il malato esponendolo ad altre malattie, ma scatenò l'azione della Chiesa che inquisì tutti i malati di porfiria perché associati alle forze nefaste della Bibbia; appunto perché nella mentalità medievale, vedere una persona mortalmente pallida evitare il sole (e per analogia an-

da bere, era la perfetta incarnazione del Demone. La persecuzione dell'Inquisizione Cattolica nei confronti di questi soggetti portò Bram Stoker a descrivere l'odio del vampiro verso la Croce. E' paradossale: questi soggetti oltre ad essere malati erano anche perseguitati dalla Chiesa che, come raccomanda il Vangelo, avrebbe dovuto prendersi cura di loro! Infatti, gli affetti da porfiria oltre ad essere malati, venivano anche perseguitati dalla Santa In-

quisizione. Oltre a quanto surriferito, occorre anche considerare che in passato l'uomo veniva molto più spesso a contatto con animali come lupi e volpi di quanto non avvenga oggi e quindi poteva facilmente accadere che questi animali, mediante il morso trasmettessero il virus della rabbia. La forma furiosa di questa malattia virale, che si ha nel 75 % dei casi, è caratterizzata da disturbi psicomotori eccitativi tra cui perdita

del senso dell'orientamento, vagabondaggio e accessi di iperattività talora a carattere furioso. Il soggetto che ha sviluppato questa forma di rabbia è iperattivo e dorme pochissimo favorendo così un innaturale "vagabondaggio" notturno, ed inoltre è estremamente aggressivo e attacca

qualsiasi essere vivente che dovesse incontrare e talora "aggredisce" anche oggetti inanimati. In alcuni soggetti è stata anche diagnosticata paura ed intolleranza alla luce e anche l'eisotropofobia, che consiste in un notevole disagio nel vedere la propria immagine riflessa da uno specchio... e questo è comprensibile date le sembianze del volto di questi malati.

Vampiri e licantropi esistono solo nella fantasia, tuttavia i malati di porfiria si sono davvero!

La medicina di laboratorio, usata appropriatamente, consente anche di diagnosticare le porfirie.

* direttore scientifico dell'I.R.M.A. di Acireale

quisizione e diversi di loro, scambiati per demoni, sono anche finiti sul rogo.

Sotto questo profilo è veramente apprezzabile il perdono chiesto dal grande Papa Wojtyła

8 OTTOBRE 2008

**IL PRESIDENTE
D'ANNA
INCONTRA IL
SOTTOSEGRETARIO
ALLA SANITÀ FAZIO**

ROMA - Si è tenuto a Roma, il giorno otto ottobre scorso, presso la sede del Ministero della Salute, l'incontro tra il presidente di FederLab Italia dottor Vincenzo D'Anna, ed il sottosegretario di stato professor Ferruccio Fazio assistito dalla dottoressa



Il sottosegretario Fazio

sa Giovanna Nisticò e dal dottor Adelmo Grimaldi, ad accompagnare il presidente di Federlab Italia dottor Vincenzo D'anna il dottor Pietro Napolitano dirigente nazionale

dell'Associazione.

Nel corso del cordiale incontro il Presidente di FederLab Italia ha illustrato al Sottosegretario di Stato i contenuti dell'Ordine del giorno approvato dalla Camera dei Deputati il 23 luglio u.s. concernente proposte di modifica legislativa riguardanti la determinazione delle Tariffe con previsione dell'utile d'impresa, l'individuazione di criteri per la determinazione della soglia minima d'efficienza delle strutture di laboratorio, la programmazione sanitaria mediante la preventiva individuazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili con correlati limiti di spesa per Branca Specialistica. Il professor Ferruccio Fazio ha pienamente condiviso il contenuto dell'Ordine del giorno ed ha assunto l'impegno a sostenere nelle sedi Parlamentari i provvedimenti di trasposizione in legge dei principi contenuti nel richiamato Ordine del giorno.

Il sottosegretario ha inoltre manifestato un preciso interesse verso i programmi di riorganizzazione della rete

Una panoramica sugli incontri tenuti attraverso la Penisola

delle strutture ambulatoriali e di laboratorio presenti sul territorio da realizzarsi attraverso percorsi condivisi con le Associazioni di Categoria e le strutture interessate. Ha anticipato l'intendimento del Governo di delegare alle strutture territoriali, attraverso sinergie con i Medici di Medicina Generale, l'erogazione dell'assistenza primaria finalizzata alla continuità d'assistenza e all'abbassamento del ricorso all'ospedalizzazione con diminuzione delle liste d'attesa. Il Presidente di FederLab Italia ha espresso soddisfazione per le dichiarazioni del sottosegretario Fazio ringraziandolo per le parole d'apprezzamento ed ha confermato la piena sintonia circa la messa in opera dei provvedimenti legislativi condivisi.

REGIONE PIEMONTE

Definite le competenze riservate alla Regione ed alle Aziende Sanitarie in materia di programmazione sanitaria e contratti

D.G.R.P. n. 34-9619 del 15.09.2008.

Con adeguato provvedimento, che qui di seguito pubblichiamo, la Giunta Regionale del Piemonte ha definito i diversi ambiti d'intervento, nonché le competenze riservate all'Ente Regione ed alle Aziende Sanitarie Locali del Piemonte, ovvero alla determinazione delle varie fasi previste dall'art. 8 quinquies del D.Lgs. 229/99. All'Ente Regione competono: la determinazione della capacità produttiva delle strutture; il sistema di remunerazione, ossia il Nomenclatore Tariffario; La determinazione dello schema di contratto e la stipulazione degli accordi contrattuali; La definizione della programmazione ed alla conciliazione tra le parti in presenza di mancato accordo. Alle Aziende Sanitarie Locali competono:

la stipulazione dei contratti (ad integrazione dei servizi a gestione diretta); il monitoraggio delle attività; la determinazione dei criteri di regolazione dell'eccedenza di produzione. FederLab Italia rileva che manca qualsiasi indicazione relativa ai criteri di programmazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa (tetti di spesa) riferiti alle diverse aree d'attività.

Lesiva dei diritti delle strutture private accreditate è l'attribuzione a queste ultime della funzione di "integrazione" dei servizi a gestione diretta, in altre parole statale, in aperta violazione del principio d'equa ordinazione tra pubblico e privato.

Questo ed altri eventuali rilievi saranno mossi alla Deliberazione di cui all'oggetto nell'impugnativa che sarà proposta innanzi al TAR Piemonte.



La sede del TAR di Torino



ITALIA

IN WEEK END

tutta l'Italia



in un click

www.italiainweekend.it





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 Andr ee Ruth Shammah

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

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 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

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

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 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 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 Como
regia di Glauco Mauri

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 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

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

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

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

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 And  e Marco Baliani
da L. Sciascia e P. Pasolini
drammaturgia e regia di Roberto And 

PREZZI ABBONAMENTO 15 SPETTACOLI

Platea intero	€ 300,00
Associazioni Culturali e Cral	€ 285,00
Over 65	€ 275,00
Under 26	€ 205,00
Galleria intero	€ 225,00
Associazioni Culturali e Cral	€ 195,00
Over 65	€ 185,00
Under 26	€ 120,00

PREZZI BIGLIETTI

Platea intero	€ 30,00
Under 26	€ 22,00
Galleria intero	€ 22,00
Under 26	€ 15,00

Tutti i sottoscrittori dell'abbonamento a 15 spettacoli possono acquistare l'abbonamento della rassegna "TeatroCivile" al prezzo agevolato di € 20,00

INFO

La vendita degli abbonamenti per i vecchi abbonati avr  inizio **venerdi 4 luglio** con diritto di prelazione fino a **sabato 26 luglio** (esclusi i festivi).
La vendita per i nuovi abbonati inizier  **martedi 29 luglio** e terminer  **sabato 25 ottobre**. Da **martedi 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
Martedi | Sabato - ore 10.00|13.00 • 17.00|20.00 - info **0825 756403**
www.teatrocarlogesualdo.eu - gesualdobiglietteria@libero.it

Le cantine di Hesperia



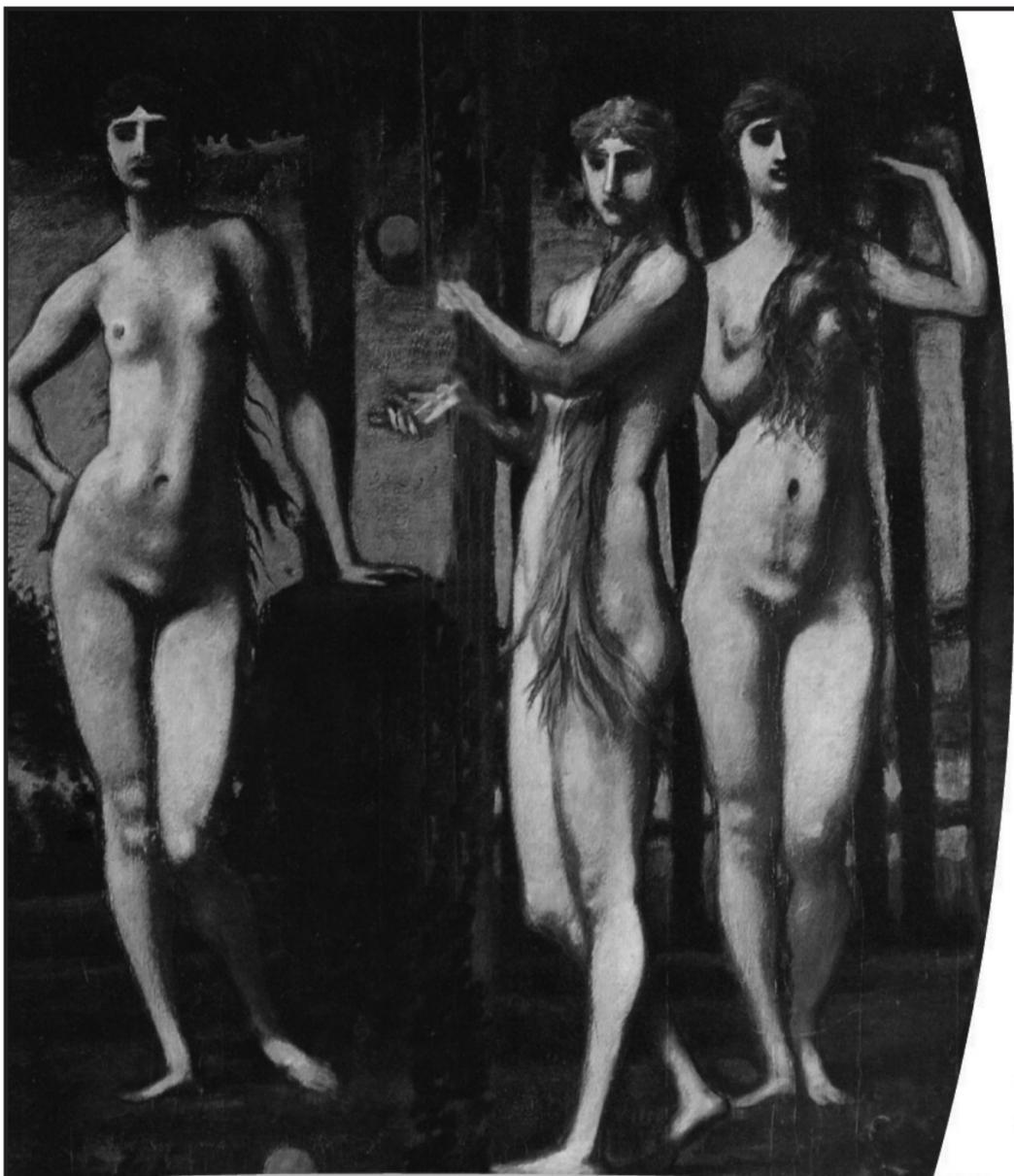
“La felicità, come un vino pregiato,
deve essere assaporata sorso a sorso”.
(L. Feuerbach)

Tradizione, competenza e passione. Sono questi gli elementi che contribuiscono a dare carattere e forza ad un progetto che è frutto della continuità e del legame che la famiglia Della Porta ha da sempre con l'arte del vino. Le Cantine di Hesperia nascono nel 2003 e la conduzione a carattere familiare dell'azienda si traduce in un autentico artigianato, caratterizzato da piccole produzioni e da una scelta di procedimenti tradizionali, che sposano pienamente la convinzione che il vino si fa in vigna.

I vigneti situati nella zona collinare di Castel Campagnano, in quelle “Terre del Volturno” che da sempre rappresentano un patrimonio eno-culturale di altissimo valore, sono distribuiti su piccoli fazzoletti di terra ed hanno vita da oltre trent'anni. Nel tempo, grazie ad un sapiente lavoro di ricerca sul campo, sono stati rivalutati due vitigni autoctoni a bacca rossa dalle enormi potenzialità: il Pallagrello e il Casavecchia, da cui sono nati Edonè e Tellus. La varietà a bacca bianca è invece rappresentata da un Pallagrello Bianco e da un Greco, InVolo ed Ebur, vini che hanno ottenuto un riscontro positivo sia dal pubblico degli esperti che dagli estimatori. L'intento de “Le Cantine di Hesperia” è di creare piccoli grandi vini che siano piacevoli al gusto, eleganti e rispettosi dei vitigni locali, coniugando un modello di convivialità e cultura con uno spirito imprenditoriale che guarda continuamente al futuro non dimenticando mai il passato.



Le Cantine di Hesperia di Giuseppe Della Porta, Via Roma, 11 | CASTEL CAMPAGNANO (Ce) 81010 ITALY
Tel./Fax 0823 863075 - lecantinediesperia@katamail.com



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

LEA, Sandri: "Nessun taglio ma un lavoro sull'appropriatezza"

Disavanzo, D'Antonio: "I tempi di rientro saranno rispettati"

Certificazione, in Liguria 95 indicatori per valutare l'efficienza del sistema sanitario



L'assessore regionale Mariano D'Antonio

NAPOLI - Il Piano di rientro del disavanzo sanitario - ha dichiarato l'assessore al Bilancio della Regione Campania Mariano D'Antonio - sarà pienamente rispettato nei tempi e negli importi concordati tra la Regione e i Ministeri dell'Economia e della Salute. Le incertezze che si erano manifestate nei giorni scorsi erano dovute alla discordanza tra alcune cifre presentate dalle singole Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere con i dati di sintesi disponibili presso l'Assessorato alla Sanità. "Tali incertezze si sono risolte ad un esame più accurato, che ha confermato l'adempimento degli impegni assunti con il Piano di rientro nel I semestre del 2008

"Le decisioni annunciate dal Presidente della Giunta regionale per il II semestre dell'anno e per il 2009 si muovono nella direzione di un rinnovato sforzo dell'Amministrazione regionale per un controllo rigoroso del disavanzo sanitario nel rispetto degli obiettivi del Piano di rientro, controllo non disgiunto da sanzioni immediate a carico dei responsabili di eventuali, ingiustificate deviazioni dal percorso stabilito.

"Con tali decisioni il risanamento dei conti si avvale anche di un programma di razionalizzazione e di miglioramento qualitativo della rete ospedaliera, di una rapida esecuzione delle procedure di accreditamento dei soggetti pubblici e privati, di una più stringente e assidua collaborazione tra la Giunta e la Commissione Sanità dell'Assemblea regionale, di una sorveglianza contabile affidata contestualmente all'Assessorato alla Sanità e all'Assessorato al Bilancio".

*** **

LIGURIA, AL VIA IL SISTEMA DI CERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ SANITARIA

GENOVA - Novantacinque indicatori sanitari ed economici per valutare l'efficienza del sistema sanitario ligure. Sono stati individuati dal pool di

esperti nazionali ed internazionali, chiamati dalla Regione Liguria, e presieduti da Ignazio Marino, chirurgo specializzato in trapianti d'organo.

Si tratta di un primo pacchetto di indicatori sanitari validato dagli esperti per avere un sistema unico di valutazione per le dieci aziende e ospedali liguri.

Dall'efficienza dell'attività di ricovero, all'appropriatezza della qualità clinica, dal numero di ricoveri in un anno per singolo paziente alla velocità delle operazioni di fratture, dal numero dei diabetici ricoverati alla percentuale di parti cesarei, dall'appropriatezza prescrittiva del territorio e dal numero di giorni di degenza media, indice della complessità del ricovero, fino alla qualità percepita da parte del cittadino.

"L'obiettivo di questo lavoro che ha preso il via nel marzo scorso - spiega il presidente della Regione Liguria, Claudio Burlando - è quello di rendere evidenti e pubblici i risultati raggiunti dalle strutture per questo abbiamo chiesto al Professor. Ignazio Marino di aiutarci a costruire un sistema di valutazione dell'efficienza sanitaria i cui risultati andranno a regime nel 2009".

*** **

TAGLIO DEI LEA, SANDRI: "NESSUNA DECURTAZIONE MA UN LAVORO SULL'APPROPRIATEZZA"

ROMA - "Grazie alle forti pressioni attuate dalle Regioni con il Veneto in prima fila, e all'attenzione ottenuta dal Governo, non ci sarà il tanto temuto taglio dei Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) in sanità, ma un doveroso lavoro sull'appropriatezza".



L'assessore Sandro Sandri

Lo rileva l'Assessore regionale alla Sanità del Veneto, Sandro Sandri, all'uscita da un incontro, tenutosi a Roma al Ministero della Salute, con i due Sottosegretari, Ferruccio Fazio e Francesca Martini.

"Oggi - attacca Sandri - si è aperta una corretta fase di concertazione nella quale le Regioni avranno un forte ruolo di proposta nel cammino di riorganizzazione della sanità nazionale. I LEA - pone l'accento Sandri - non saranno tagliati ma, ad uno specifico tavolo comune, procederemo ad un monitoraggio del nomenclatore per verificare se, come riteniamo, alcune voci possano essere superate, inutili od obsolete.

Per il resto - dice l'Assessore veneto - non ci sarà alcuna contrazione dei servizi erogati ai cittadini. Il che, per il Veneto, era condizione irrinunciabile al fine di evitare ai nostri assistiti altri sacrifici,

magari per far quadrare i conti di chi ha sprecato nel passato e continua a farlo nel presente.

Il nostro coinvolgimento formale in tutte quelle che saranno le decisioni in merito ai servizi da erogare alla gente è la miglior garanzia in questo senso. Sandri ha anche commentato positivamente "il lavoro di confronto che apriremo con il Governo in materia d'appropriatezza della spesa, che è doverosa per eliminare gli sprechi, e che coinvolgerà anche il fondamentale livello della medicina di base per quanto riguarda il fronte delle prescrizioni di farmaci e d'indagini diagnostiche".

*** **

UNA INIEZIONE MENSILE PER VINCERE L'ARTRITE REUMATOIDE

ROMA - Un'iniezione che si fa una volta al mese potrebbe fermare l'artrite reumatoide in metà dei pazienti: sono i dati emersi dal trial presentato al meeting dell' American College of Rheumatology a San Francisco.

L'iniezione usa il farmaco di nuova generazione tocilizumab, un anticorpo, insieme a una cura già esistente, il metotrexate, per fermare questa malattia debilitante, in cui il corpo attacca le sue stesse articolazioni.

Il farmaco, che sarà venduto dalla Roche sotto il marchio di RoActemra, è ancora in attesa di approvazione da parte delle autorità regolatrici in Europa e Usa.

Oggi non esiste cura per fermare i danni causati dall'artrite reumatoide ma i nuovi risultati mostrano che i due farmaci somministrati insieme possono ottenere la remissione fermando la progressione della malattia.

I trial hanno coinvolto 1.190 pazienti. L'iniezione a base di tocilizumab e metotrexate ha bloccato l'avanzata dell'artrite reumatoide nel 47% dei malati, contro l'8% di quelli curati solo con il metotrexate.

Le radiografie hanno mostrato che la cura combinata ha rallentato i danni strutturali alle articolazioni in media dell'85%, contro il 67% ottenuto dal metotrexate.

Il professor Paul Emery, della Leeds University, che ha diretto lo studio, ha commentato: "I risultati dello studio pilota sono molto convincenti: dimostrano che il tocilizumab può efficacemente e rapidamente diminuire gli effetti dolorosi e debilitanti dell'artrite reumatoide.

I risultati del trial sono importanti perché è fondamentale fermare i danni alle articolazioni il prima possibile per evitare le deformazioni e aiutare le persone colpite a mantenere una buona qualità della vita, ha aggiunto Emery.





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@infoschiaprocida.it