

La medicina di laboratorio tra appropriatezza, linee guida e consumismo sanitario

P. Rizzotti

Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera, Verona

Nella relazione di apertura del 15° Congresso Nazionale della nostra Società, tanto più di un Congresso dal titolo generale *“Linee Guida di comportamento pratico: dal Piano Sanitario Nazionale al Paziente”*, mi permetto di proporre alcune considerazioni generali, basate sul lavoro dell’anno trascorso dall’importante Congresso di Cagliari, anno che ha visto il riprendere con forza le iniziative della nostra Società.

Ho articolato queste considerazioni generali in quattro diverse sezioni: una sintesi degli aspetti più significativi di politica sanitaria del nostro Paese, alcune riflessioni sul rapporto domanda-offerta delle prestazioni sanitarie in particolare rivolte alla diagnostica di laboratorio, il dare impulso al processo di miglioramento dei governi clinici *“Clinical Governance”* con la necessaria partecipazione della Medicina di Laboratorio ed infine il ruolo di una Società Scientifica in questo contesto.

Dal Decreto Legislativo 229/99 alla possibile Riforma Quater

In questi primi mesi dal suo insediamento il nuovo Governo del paese ed il nuovo Ministro, Girolamo Sirchia, hanno definito con sempre maggiore chiarezza le ipotesi di *“restyling”* del Sistema Sanitario ed oggi si parla di vera e propria riforma quater dopo i decreti 502/92, 517/93 e 229/99 quest’ultimo promosso dal Ministro Bindi (Riforma Ter).

Molto sinteticamente elementi caratterizzanti tale ipotesi di *“restyling”* sembrano essere:

- Il mantenere il carattere universalistico e solidaristico del SSN indicando però nel prossimo Piano Sanitario Nazionale gli obiettivi da raggiungere e soprattutto i livelli essenziali da garantire. Spetterà poi alle Regioni scegliere le modalità per attuare nel migliore dei modi le indicazioni contenute nel Piano (Federalismo Sanitario, Devolution).
- Lotta agli sprechi ed ai costi della non-qualità attraverso una Commissione Parlamentare di inchiesta, Conferenze dei Servizi, ecc.

- Rimotivazione e valorizzazione dei medici con contratti in base al modello scelto dalla Regione che superino alcune iniquità presenti (esclusività, ecc.). Riqualficazione delle figure dell’infermiere professionale ed introduzione dell’Operatore socio-sanitario, ecc. Tra gli impegni prioritari vi è quello di assicurare al medico ed alle altre figure chiave del SSN un aggiornamento puntuale ed istituzionalmente riconosciuto.
- Politica dei farmaci gestita da una agenzia nazionale ad hoc.
- Rilancio della ricerca anche attraverso la riforma degli IRCCS e la creazione di fondazioni di diritto privato a controllo pubblico.
- Creazione di reparti a bassa intensità di cura e la trasformazione di alcuni piccoli ospedali in centri di salute, per far fronte all’importante problema dell’invecchiamento della popolazione.

I prossimi mesi ed i prossimi anni ci diranno della bontà di tali possibili provvedimenti, ci sembra comunque di poter condividere alcune possibili riserve su una troppo accentrata regionalizzazione del SSN, sulla necessità di definire livelli essenziali di assistenza che non obblighino le fasce più deboli della popolazione a ricorrere a coperture integrative (1,2), su una battaglia agli sprechi solo formale o con provvedimenti di mera centralizzazione delle procedure di acquisto che l’esperienza ha dimostrato non portare alla responsabilizzazione individuale anche nell’ambito specifico della diagnostica di laboratorio, mitizzando nel contempo il commercio elettronico.

Un aspetto che va comunque sottolineato è l’impegno, ratificato nella Conferenza Stato-Regioni, ad adeguare il finanziamento pubblico per il Sistema Sanitario portando il Fondo Sanitario Nazionale dal 2001 al 2004 dai 138.000 miliardi attuali ad oltre i 157.000 del 2004, raggiungendo così una quota pari al 5.8% del prodotto interno lordo. Va infatti ricordato come i dati Ocse confermino essere il nostro SSN tra i più avari d’Europa (Tab. I) (3).

Accanto al tentativo di comprendere e di approfondire il programma del nuovo Governo per la Sanità vanno ricordati due elementi di grande valenza che hanno

Tabella I. Spesa sanitaria – dati 1999 (fonte Ocse 2001). Percentuale rispetto al prodotto interno lordo.

Paese	Spesa				
	Totale	Pubblica	Privata collettiva	Individuale	% pubblica
Francia	9.4	7.3	1.1	1.0	78.1
Germania	10.3	7.8	1.2	1.3	75.8
Austria	8.0	5.8	0.9	1.3	72.1
Repubblica Ceca	7.1	6.5	0.0	0.6	91.5
Italia	8.2	5.2	0.8	2.2	67.3
Regno Unito	6.8	5.7	0.3	0.8	83.3
Stati Uniti	12.9	5.8	5.1	2.0	44.5

Spesa privata collettiva: adesioni a fondi e casse sanitarie o a piani assicurativi.

Spesa privata individuale: acquisto di farmaci e forme di compartecipazione alla spesa pubblica.

preso forma o che stanno prendendo forma tra la fine del 2000 e la scorcio del 2001 che abbiamo vissuto; mi riferisco al Programma Nazionale per la Formazione Continua degli operatori della Sanità (E.C.M. Educazione Continua in Medicina) ed alla Riforma Universitaria che con il nuovo anno accademico prevede la suddivisione dei percorsi in un primo triennio seguito da due anni di eventuale perfezionamento.

La Commissione Nazionale E.C.M., attuata in coerenza con gli articoli del Decreto 229/99 che prevedevano la formalizzazione istituzionale della formazione continua per tutti gli operatori del SSN, si è mossa con grande equilibrio ed intelligenza sviluppando una esperienza sperimentale che permettesse di censire le iniziative formative ed i loro promotori inserendo nel contempo elementi di omogeneizzazione delle stesse.

Motore fondamentale di tutte queste esperienze è stata l'istituzione da parte della Commissione stessa del sito E.C.M. riportante tutti i documenti della Commissione ed unica strada per richiedere l'accreditamento delle manifestazioni con la conseguente assegnazione dei crediti.

L'accelerazione impressa dalla Commissione Nazionale ha in pratica costretto molti degli attori tradizionali, impegnati nell'ambito dei processi formativi, a confrontarsi e per certi versi a cominciare ad inserire dei paletti qualitativi all'interno della propria attività. Esempio da questo punto di vista il percorso della Consulta Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e Società Scientifiche che ha portato alla definizione di un documento comune sui criteri di accreditamento delle Società Scientifiche (Tab. II), documento cui la nostra Società Scientifica ha dato un contributo diretto importante (4).

Veniamo ora alla Riforma Universitaria: con l'anno accademico 2001-2002 debutta una grande novità che vede la sostituzione del tradizionale corso universitario che si concludeva con la laurea, con un doppio ciclo di tre anni e due eventuali aggiuntivi. Con la pubblicazione sul Supplemento Ordinario n. 136 della "Gazzetta Ufficiale" n. 128 del 5 giugno 2001, anche le professioni dell'area sanitaria hanno la loro laurea triennale. Questo significa che chi intenderà lavorare come infermiere, ostetrico, tecnico di laboratorio, ecc. potrà iscriversi già dal prossimo anno accademico ai corsi di laurea triennale. La nostra Società ha saputo

cogliere questa grande novità modificando nel corso del 2001 il proprio Statuto, istituendo la Sezione autonoma dei Tecnici di Laboratorio.

Rapporto domanda-offerta delle prestazioni sanitarie

Veniamo ora ad alcune considerazioni non relative alle azioni strutturali in atto per modificare il SSN, ma sull'analisi dei dati di cui disponiamo circa la domanda di prestazioni sanitarie, l'offerta delle stesse, le frequenti confusioni dei ruoli e l'esistenza di problemi di comunicazione con riferimenti particolari al mondo della diagnostica di laboratorio.

Dal rapporto annuale dell'ISTAT risulta che tra il 1994 ed il 1999 è aumentato, in cifre assolute, sia il numero delle persone che hanno effettuato una visita specialistica (dall'11.4% al 13.6%) che il numero di coloro che si sono sottoposti ad un accertamento diagnostico (dal 9.1% all'11.1%). Risulterebbe viceversa diminuito sia il numero di visite (da 1.51 a 1.43) che il numero di accertamenti per persona (da 1.89 a 1.72). Sarebbe emergere che molte più persone avrebbero consultato lo specialista o effettuato accertamenti, facendo però registrare una contestuale diminuzione del consumo medio pro-capite.

Tabella II. Consulta FNOM-CeO-Società Scientifiche. Criteri di accreditamento di una Società Scientifica.

- presenza dello statuto
- documentata volontà societaria di perseguire attività di formazione e ricerca attraverso la definizione di una specifica strategia
- assenza di fini di lucro
- presenza di un organismo responsabile della formazione
- criteri democratici di eleggibilità
- adeguata diffusione sul territorio nazionale
- presenza di bilancio preventivo e consuntivo
- presenza elenco dei Soci in regola con il pagamento delle quote
- elaborazione di linee-guida
- promozione di *trials* di studio
- promozione di ricerche scientifiche finalizzate
- documentati rapporti di collaborazione con società ed organismi scientifici internazionali
- presenza di adeguati strumenti di informazione e confronto per la diffusione di linee-guida, ricerche tecnico-scientifiche e documentazione standard

Tabella III. Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto anni 1998-1999.**Assistenza specialistica ambulatoriale - anno 1999**

Popolazione residente al 31.12.98:	4.487.560
Complessivamente 13.16 prestazioni pro capite, di cui 7.7 di laboratorio	
Sostanziali differenze di questo indicatore sul territorio	
-> caratteristiche della popolazione residente	
-> dotazione strutturale delle Aziende	
-> appropriatezza nell'utilizzazione delle tecnologie sanitarie	
Diagnostica di Laboratorio	
Numero prestazioni:	34.495.467 (58.6%)
-> 29.900.796 presidi pubblici	
-> 4.794.671 presidi privati	
Valorizzazione economica:	352.931 milioni (27.2%)
	10.172 £ per prestazione

Assistenza Ospedaliera - anno 1998

Dimessi:	1.002.335
Giornate di degenza:	6.980.586
Voci di costo:	Diagnostica di laboratorio 4.9% del totale (194.517 milioni)

Le prestazioni critiche sono sostanzialmente le stesse anche se occupano posti diversi nelle graduatorie regionali: le prime 20 prestazioni critiche rappresentano oltre l'80% del problema delle liste di attesa ed in particolare sono rappresentate dalla diagnostica per immagini (TAC cranio, Rmn colonna vertebrale, mammografia, ecografie internistiche), dall'ecocolordoppler specialistico, da alcuni esami endoscopici (esofagogastroduodenoscopia), dalla mineralometria ossea, ecc.

Come si può vedere la diagnostica di laboratorio non risulta tra le situazioni critiche in tema di accessibilità per i cittadini, è tuttavia frequente il luogo comune circa l'eccesso di esami di laboratorio richiesti ed eseguiti nelle strutture sanitarie. Su tale aspetto è difficile avere una visuale nazionale data la non disponibilità di dati attendibili: nella Tabella III vengono riproposti i dati relativi alla diagnostica di laboratorio tratti dalla relazione socio-sanitaria della Regione Veneto relativa agli anni 1998 e 1999, redatta dalla Giunta Regionale del Veneto, Direzione Risorse Socio-Sanitarie (5).

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica ambulatoriale il cittadino veneto usufruisce mediamente di poco più di 13 prestazioni complessive annue, di cui 7.7 sono rappresentate dalla diagnostica di laboratorio pur con sostanziali differenze di questo indicatore sul territorio, probabilmente legate alle caratteristiche della popolazione residente, alla dotazione strutturale delle aziende sanitarie e sul grado di appropriatezza nella utilizzazione delle tecnologie sanitarie.

La diagnostica di laboratorio costituisce il 59% delle prestazioni ambulatoriali in termini numerici ma decade al 27% parlando in termini di valorizzazione economica. Sempre in termini di valorizzazione economica la diagnostica di laboratorio rappresenta il 4.9% del totale delle voci di costo relative al milione di ricoveri ospedalieri realizzati nel 1998.

Si tratta sicuramente di dati significativi, che vanno comunque rapportati e confrontati con quelli delle altre

Regioni d'Italia, con quelli di altre Nazioni Europee e soprattutto approfonditi rispetto alle problematiche sopra citate parlando delle significative differenze di comportamento tra Aziende Sanitarie della Regione Veneto.

Migliorare il Governo dei processi clinici – Il ruolo della Medicina di Laboratorio

Il concetto di razionamento nei servizi sanitari è collegato a quello delle priorità, della loro scelta ed è strettamente correlato alla definizione dei livelli di servizio da garantire a tutti i cittadini.

Nell'economia reale il problema della compatibilità tra bisogni e risorse viene risolto dal prezzo. Nei servizi sanitari questo non può essere accettato per l'evidente contrasto con i principi di solidarietà ed equità cui deve ispirarsi l'assistenza sanitaria. Si devono attivare altri principi che portino a forme esplicite o implicite di razionamento. I medici in questo caso possono e devono giocare un ruolo fondamentale, attraverso quel processo di miglioramento dei processi clinici che viene riassunto nella dizione di "Governo Clinico".

Tabella IV. Migliorare il governo dei processi clinici "clinical governance".

- utilizzare solo tecnologie sanitarie basate su prove di efficacia
- implementare linee-guida e percorsi di assistenza condivisi valutandone i risultati raggiunti
- sostenere la formazione continua
- porre il paziente e la sua soddisfazione al centro dell'interesse
- riconoscere di far parte di una organizzazione complessa

Nella Tabella IV sono riportate alcune delle azioni ritenute esemplificative del miglioramento dei processi clinici. E' evidente come l'obiettivo della nostra intera iniziativa congressuale sia quello di porre la proposizione di linee guida di comportamento pratico all'in-

terno di questo grande processo di miglioramento della pratica clinica, mettendo in particolare a fuoco il ruolo della Medicina di Laboratorio.

Nel dicembre del 1998 il Comitato Tecnico ISO 212 ha predisposto il documento ISO/DIS 15189 dal titolo "Quality Management in the Medical Laboratory" (6). Tale documento costruito nell'intento di armonizzare le esperienze di accreditamento di eccellenza con le strutture dei documenti ISO-9000, nell'introduzione recita: "Medical laboratory services, including consultation services, are essential to patient care and therefore should be available to meet the needs of all patients and clinical personnel responsible for human health care". Si tratta di un documento che rispetto all'ISO 9000 aggiunge aspetti fondamentali come competenza medica, preparazione del paziente, procedure per la comunicazione del risultato, aspetti etici, ecc.

Entrando nel merito degli aspetti di qualificazione del personale operante nei "Medical Laboratory Services" il documento evidenzia come prima abilità da possedere debba considerarsi "provide consultations about the medical significance of medical laboratory data and to interpret, correlate and communicate laboratory data to requesters".

Alla luce di questa importante puntualizzazione sul ruolo del Laboratorio clinico utilizzerò parte del materiale presente negli atti del Congresso stesso per alcuni approfondimenti esemplificativi:

- *Prevenzione e valutazione del rischio delle malattie cardiovascolari*

Michele Schinella ed i componenti del Gruppo Interprovinciale Trentino Alto Adige (7) ci ricordano come le patologie cronico-degenerative riconoscano una eziologia multifattoriale e di come sia indispensabile passare da una logica incentrata sul trattamento del singolo fattore di rischio ad un'altra basata sulla valutazione del rischio cardiovascolare globale derivato dall'azione contemporanea di più fattori. Pertanto anche la refertazione dei livelli plasmatici di colesterolo totale, del colesterolo LDL ed HDL deve fare riferimento a tabelle di rischio di malattia cardiovascolare e predizione del beneficio della terapia; tutto questo anche in coerenza con la nuova nota CUF numero 13 sulla rimborsabilità dei farmaci ipolipidemizzanti. Alla luce di tali considerazioni perde ogni significato il dosaggio dei lipidi plasmatici in occasione di ricoveri ospedalieri, screening pre-operatori, visite dal farmacista, ecc.

- *Nuovi marcatori di lesione miocardica*

Piero Cappelletti (8) attingendo anche ad importanti esperienze del Gruppo di Studio Intersocietario Interdisciplinare ANMCO, SIBioC, SIMeL, ci ricorda come i classici criteri OMS per infarto acuto del miocardio (IMA) debbano espandersi per includere l'uso seriale dei nuovi marcatori. I documenti internazionali sottolineano come le cTn (Troponine cardiache) siano marcatori altamente sensibili ed assolutamente cardiospecifici e rappresentino la pietra angolare della diagnostica di IMA e della stratificazione del rischio nella Sindrome

Coronarica Acuta, come termine comprendente tutti i quadri clinici con ischemia coronarica acuta. Grazie a questo nuovo marcatore nasce il concetto di danno miocardico minimo per descrivere i pazienti non IMA ma con cTn patologiche.

- *Impiego di test per autoanticorpi nucleocitoplasmatici nelle malattie autoimmuni sistemiche*

Renato Tozzoli, Nicola Bizzaro e gli altri componenti del Gruppo di Studio in Autoimmunologia della nostra Società (9) ci ricordano come le malattie autoimmuni sistemiche (MAIS) presentino una incidenza ed una prevalenza non elevata nella popolazione con l'eccezione dell'artrite reumatoide e come la maggior parte dei soggetti affetti presenta inizialmente segni clinici moderati e meno specifici. La presenza di autoanticorpi senza significato clinico, a basso titolo, in soggetti sani o con patologie diverse dalle malattie reumatiche è una evenienza relativamente frequente nella popolazione. Pertanto essi raccomandano che test per la rilevazione di autoanticorpi siano richiesti ed eseguiti solo in presenza di un consistente sospetto clinico per MAIS. In conseguenza di queste premesse consigliano in prima battuta la sola esecuzione della determinazione degli anticorpi-antinucleo (ANA) entrando approfonditamente nel merito delle tecniche di esecuzione del test e sugli aspetti interpretativi relativi all'espressione quantitativa in titolo. Con la stessa logica entrano nel merito delle richieste e delle determinazioni degli autoanticorpi anti-ds DNA e degli autoanticorpi anti-antigeni nucleari specifici (ENA).

- *Repertorio sull'efficienza diagnostica degli esami di Laboratorio*

Romolo M. Dorizzi, Davide Giavarina e Maurizio Venturini a nome del Gruppo di Studio Societario sull'Evidence Based Laboratory Medicine (10) ci presentano in uno specifico supplemento agli atti congressuali, un loro poderoso lavoro sull'efficienza diagnostica degli esami di laboratorio riportando per ogni esame (elencato in ordine alfabetico) la patologia in cui è impiegato, il valore di cut-off, la sensibilità (con l'indicazione dell'intervallo di confidenza al 95%) la specificità, il quoziente di probabilità positivo e negativo ed il riferimento bibliografico. Si tratta di un formidabile ausilio alla nostra pratica quotidiana di consulenti dei Colleghi Clinici e la veste tipografica del volumetto ne permette la conservazione nella tasca del camice.

Ruolo delle Società Scientifiche nel miglioramento del Governo dei processi clinici

Il contesto culturale, sociale e normativo del mondo della Sanità in Italia ha sostanzialmente modificato il ruolo delle Società Scientifiche, imponendo una trasformazione da soggetti di semplice aggregazione di specialisti a soggetti coerentemente impegnati nella promozione della qualità dei propri aderenti e quindi indirettamente dell'assistenza sanitaria.

Il processo di qualificazione delle Società Scientifiche, con la definizione di requisiti indispensabili per l'accreditamento delle stesse, impegna fortemente la nostra Società come testimoniano le evidenze indicate di seguito.

Nella Tabella V è riportata la situazione generale dei soci aderenti. L'adesione dei soci ordinari medici ha subito una importante accelerazione nel corso dell'anno 2000 (+11.8%) e nello scorcio del 2001 (+12.6%) con un sostanziale incremento dei colleghi in regola con la quota di iscrizione (+21%) malgrado l'adeguamento del suo importo nel 2001. Tutto questo testimonia una adesione più convinta con tutta probabilità da mettere in relazione con il miglioramento dei servizi offerti dalla Società stessa.

Da segnalare la significativa consistenza dell'adesione alla Sezione Tecnici, che contando per ora sulla formalizzazione di 6 Regioni, raggiunge la quota importante di oltre 700 adesioni.

Di grande interesse l'adesione di 105 soci delle Tecnologie Avanzate, tipologia di soci fortemente voluta dal Prof. Burlina sino dalla fondazione della Società. Punto di forza della nostra Società è l'attività dei Gruppi di Studio Interdisciplinari. La Commissione Nazionale, coordinata da R. Tozzoli, ha proposto al Consiglio Nazionale il nuovo regolamento (ottenendone l'approvazione) ed ha censito l'esistenza di 15 Gruppi di Studio attivi (Tab. VI), alcuni con operatività documentabile negli anni come il Gruppo di Studio in Ematologia (nascita nel 1991) ed il Gruppo di Studio in Autoimmunologia (nascita nel 1996).

Tabella VI. Società Italiana di Medicina di Laboratorio. Gruppi di Studio Interdisciplinari (GdS).

- Commissione di Coordinamento Nazionale	⇒ settembre 2000 - gennaio 2001: nuovo regolamento
- Allo stato attuale censiti 15 Gruppi di Studio:	
1) Ematologia GdS-E	
2) Autoimmunologia GdS-AI	⇒ Forum Interdisciplinare ricerca Malattie Autoimmuni
3) Qualità Turn-Around Time GdS-TAT	⇒ SIBioC - CISMEL
4) Esame Urine GdS-EU	
5) Diabete GdS-D	⇒ Società Italiana di Diabetologia
6) Medicina Molecolare GdS-MMO	
7) Marcatori Miocardici GdS-MM	⇒ Gruppo Intersocietario SIBioC - ANMCO
8) Medicina di Laboratorio basata sull'Evidenza GdS-EBLM	
9) Analisi Decentrate GdS-POCT	
10) Emostasi-Coagulazione GdS-EC	
11) Microbiologia GdS-M	
12) Informatica GdS-I	
13) Esami Pre-operatori GdS-EP	
14) Aterosclerosi GdS-A	⇒ SIBioC
15) Proteine GdS-P	

Di grande significato la collaborazione di alcuni di questi gruppi con Società dell'area clinica e con altre Società dell'area di Laboratorio.

Come precedentemente riferito, circa l'ipotesi che l'aumentata adesione alla Società fosse in conseguenza del

Tabella V. Società Italiana di Medicina di Laboratorio: situazione Soci.

A) Situazione Soci Ordinari Medici

	Iscritti	In regola versamento quota	Nuove iscrizioni
26.01.2000	1095	865 (79%)	
Revisione archivio			
26.01.2001	1224	887 (72.5%)	129 (+ 11.8%)
17.09.2001	1379	1044 (76%)	155 (+12.6%)

- Soci in regola versamento quote 26.01.2000 - 17.09.2001 = + 179 (21%)

- Verifica quote iscrizioni per composizione del Consiglio Nazionale anticipata al 30.05 di ogni anno

- Regioni con adesioni più significative: Veneto
Lazio
Abruzzo
Calabria
Piemonte
Liguria

**B) Situazione Soci Ordinari
Sezione Tecnici di Laboratorio (17.09.01)**

→ 6 Sezioni regionali formalizzate 721

C) Soci Tecnologie Avanzate

105

Totale generale

1870

Tabella VII. Manifestazioni Scientifiche SIMeL. 1° semestre 2001.

Attività coordinata dalla Commissione Nazionale per la Formazione Permanente

Accreditate dalla Commissione Nazionale ECM

		Corsi Residenziali / Formazione a Distanza	
Numero iniziative	24	12	(50%)
Tipologia argomenti	13	8	
Regioni coinvolte	9	6	
Crediti riconosciuti	226	182	(80%)
Ore realizzate	292	221	(76%)
Credito/ora	0.77	0.82	
Totale Partecipanti	2002	402	(20%)
Totale Crediti	12.520	5350	(43%)

Inviata alla Commissione Nazionale ECM ma non accreditate

Numero Iniziative	6
Tipologia Argomenti	4 (1 non trattato)
Regioni coinvolte	5 (3 non coinvolte precedentemente)
Ore realizzate	33
Totale partecipanti	550

Manifestazioni non presentate alla Commissione Nazionale ECM

		Corsi Residenziali
Numero iniziative	5	3
Tipologia argomenti	3	2
Regioni coinvolte	4	2
Ore realizzate	59	51
Totale partecipanti	146	46

Totale

Manifestazioni	35
Tipologia argomenti	14
Regioni coinvolte	12
Ore realizzate	384

Partecipanti 2698

miglioramento dei servizi offerti, i dati riportati nella Tabella VII - le manifestazioni scientifiche organizzate dalla SIMeL nel primo semestre 2001 - sono una testimonianza diretta della fondatezza di tale ipotesi.

Tale imponente attività formativa è stata coordinata dalla Commissione Nazionale per la Formazione Permanente che ha attivato anche uno specifico corso per la formazione degli Animatori di formazione societari, identificandone almeno uno per ogni regione.

Mi preme sottolineare come l'80% delle ore formative delle manifestazioni accreditate dalla Commissione Nazionale E.C.M. siano state realizzate attraverso corsi residenziali rivolti al consolidamento della figura consulenziale del Medico di Laboratorio nell'ambito dell'autoimmunologia, dell'ematologia, della coagulazione, della microbiologia, ecc.

Ipotizzando di organizzare nel secondo semestre una attività simile, la nostra Società sta dimostrando di essere in grado di garantire circa la metà dei crediti (1044x50=52200) che i soci aderenti debbono accumulare rispetto alla soglia indicata dei 50 anno, con l'indicazione concreta di conseguire il restante 50% nell'ambito di iniziative di formazione da realizzare presso la sede di lavoro. Nella Tabella VIII sono riportati alcuni dati sintetici sui Servizi internet della SIMeL, dati forniti da Marco Pradella che è il coordinatore di tale area di attività. In

questo ambito sono soprattutto da segnalare i programmi di adeguamento futuro che prevedono proposte di ampliamento dei servizi in rete come rassegna stampa quotidiana, programmi interattivi per la formazione a distanza, ecc.

Infine ricordo il progressivo potenziamento dell'attività editoriale della Società con il definitivo consolidamento della nostra nuova rivista con una redazione sempre più professionale ed il collegamento della Collana di Medicina di Laboratorio edita da Piccin alla nostre iniziative formative residenziali.

L'obiettivo è quello di rendere la Società sempre più coerente in tutte le attività con le aspettative di qualificazione di tutti i suoi aderenti.

Tabella VIII. Servizi Internet della SIMeL.

- 46.000 contatti dal 1998 al www.simel.it
- 1.800 messaggi dal giugno 1999
 - ⇒ 105 al mese in media dal 2001
 - ⇒ 510 "digest" giornalieri
- 120 files in www.simel.it
- 13 Mb di documento in www.simel.it/files/simel, organizzati in 15 cartelle
- gestione integrale della redazione della Rivista di Medicina di Laboratorio - JLM
- 10 gruppi collegati da mailing list

Bibliografia

1. Corsini P. Sistema sanitario, protezione dei più deboli e nuovo welfare. *Nuove Tendenze* 2000;2:38-42.
2. Zanetti M. Etica ed economia: connubio possibile in sanità? *Sanità Pubblica* 2000;2:175-93.
3. Spesa e disavanzi sanitari. *ASI* 2001;29:5-8.
4. Educazione Continua in Medicina. ECM: via alla 2^a fase per tutti gli Operatori. Documento della Consulta delle Società Scientifiche. *La Professione* 2001;6:8-9.
5. Regione del Veneto, Giunta Regionale. Relazione socio-sanitaria della Regione Veneto – Anno 1998-1999.
6. Dorizzi RM, Poltronieri F, Bolzon A, Ricordi P. Premesse, contenuti e significato del documento ISOICD 15189 “Quality management in the clinical laboratory”. *Riv Med Lab - JLM* 2000;1(1-2):12-23.
7. Schinella M, Bazzanella L, Beniamin R, Caciagli P, Gaspa U, Iannuzzi V, et al. Linee guida per la prevenzione e la valutazione del rischio delle malattie cardiovascolari. *Riv Med Lab – JLM* 2001; 2(Suppl.1): 32-5.
8. Cappelletti P, Rubin D. Linee guida nell’utilizzo dei marcatori di lesione miocardica. *Riv Med Lab – JLM* 2001;2(Suppl.1): 88-98.
9. Tozzoli R, Bizzaro N, Tonutti E, Villalta D, Bassetti D, Manoni F, et al. Linee guida per l’impiego di test per autoanticorpi nucleo-citoplasmatici nelle malattie autoimmuni sistemiche. Revisione 2001. *Riv Med Lab – JLM* 2001;2(Suppl.1): 77-83.
10. Dorizzi RM, Giavarina D, Venturini M. Presentazione del repertorio sull’efficienza diagnostica degli esami di laboratorio. *Riv Med Lab – JLM* 2001; 2(Suppl.1): 106-12.