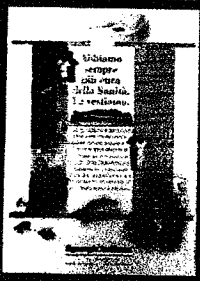


N° 7 Agosto

TECNICA
OSPEDALIERA



MARTIN ITALIA SRL
Via Paracelso, 18
Centro Dir. Colleoni - Pal.
Andromeda 2
20041 Agrate Brianza (MI)
Tel. 039.6056731
Fax 051.6255756
E-mail: info@martinitalia.it
Internet: www.martin-med.com
Segnare 567960 cartolina
servizio informazioni

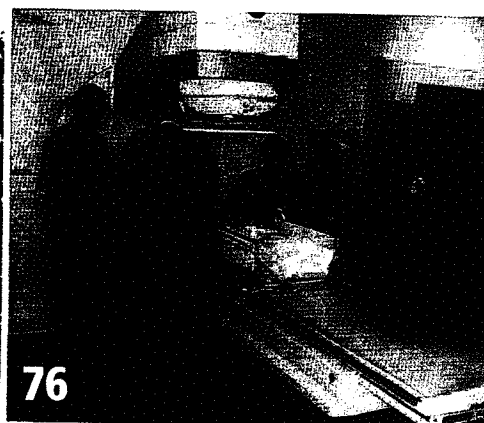
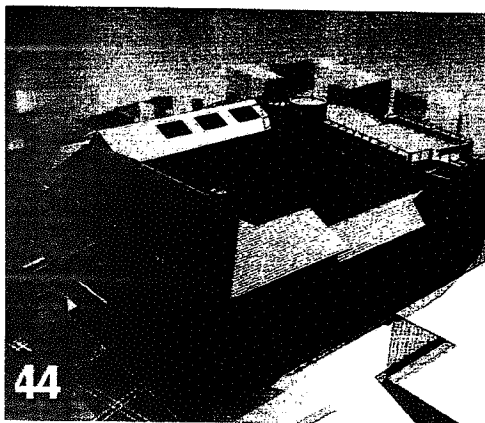
Se volete contattare rapidamente
a redazione, potete utilizzare
il telefono 02.39090318
il fax 02.39090332
oppure via e-mail:
tecnica Ospedaliere@tecnicaospedaliere.com

RIVISTE
DIGITALI
DAM

Potete sfogliare questa rivista
online all'indirizzo
www.rivistedigitali.com/to

SOMMARIO

Agenda a cura di Andrea Silva	5	Terapia intensiva neonatale. Progetto di riavvicinamento di G. Bollini, D. Bottani, L. Carabelli, C. Paola, A. Lolli	54
Fatti a cura di Roberta Grisotti	6	GESTIONE Organizzazione senologica di G. De Leo, A. Irollo, G. Lettieri, G. Villa	60
Tagli del nastro a cura di Roberta Grisotti	14	SICUREZZA Antiblastici. Effetti sulla salute di Luciano Villa	68
Notiziario AIIC a cura dell'Associazione Italiani Ingegneri Clinici	18	TECNOLOGIE Progetto Stereotactic Radiosurgery. Gestione pubblico-privato di H. Blomgren, C. Calzoni, B. Tozzi	76
Sentenze a cura di Silvia Ceruti	20	RICERCA APPLICATA Pavimentato, rivestito e...riqualificato di Giovanni Albertario	80
Normativa a cura di Giovanni Mauri	24	Hard & Soft a cura di Giuseppe Bearzi	84
INTERVISTA Strutture socio-assistenziali. L'evoluzione in Italia di Maddalena Buffoli	28	Prodotti a cura di Roberta Grisotti	88
INCHIESTA Errori in sanità. Un mondo complesso di Stefania Somarè	34	Vetrina a cura di Piera Ferro	92
L'OSPEDALE DEL MESE Asl 8 Piemonte. Innovare strutture esistenti di Giuseppe La Franca	44		
ATTUALITÀ Tecnologia in evoluzione. Sanità in mostra di Giovanni Albertario	50		





Gestione
Patologia a
forte incidenza

Come organizzare Assistenza senologica

Il carcinoma mammario è nella donna la neoplasia più frequente e prima causa di morte per cancro. Le modalità di prevenzione presentate nelle linee fondamentali sono a cavallo del sistema ospedaliero e territoriale, con aspetti di presenza correlati alla flessibilità d'organizzazione proprie dei diversi sistemi sanitari regionali e dell'autonomia delle aziende sanitarie

▣ G. De Leo, A. Irollo, G. Lettieri Società Italiana di Tecnica Ospedaliera
G. Villa Avvocato patrocinante in Cassazione

e parole chiave di questo articolo sono organizzazione e senologia: dall'analisi d'inquadramento dei vari aspetti di significato e contenuto che supportano, incomincia e si sviluppa il nostro percorso. Organizzazione in sanità è (definizione Oms, '74) individuazione e ripartizione delle responsabilità corrispondenti alle attribuzioni dei diversi organismi sanitari, delle loro divisioni e dei loro servizi. Le strutture sono deputate all'esercizio delle procedure operative e sono considerate come una rete d'unità che costituiscono la modalità d'intervento nella loro composizione distributiva. Come queste Uo stabiliscono i reciproci rapporti e interagiscono per raggiungere gli obiettivi di programma, è l'espressione del loro funzionamento assistenziale. Più complesso è definire senologia, comune in ambito assistenziale, non solo in una realtà organizzativo-programmatoria. Per gli aspetti di patologia si considera la malattia tumorale, specie se maligna, di diffusa attenzione per la sua alta incidenza tra le donne e per i suoi effetti ad ampio raggio. Di qui la correlazione con la tensione delle scienze interessate per una politica di risultati positivi, attuali e di prospettiva; la costante presenza dei media per una cultura sociale d'attenzione e prevenzione.

Le dimensioni del problema

L'epidemiologia documenta che il cancro della mammella, non solo in Italia, con circa 31 mila casi l'anno e 11 mila decessi, è la prima causa di mortalità femminile e, per la sua frequenza, è divenuto un diretto problema di sanità pubblica; più raro nell'uomo (circa 1% dei casi femminili). S'analizzano i fattori di rischio familiare, istologico, ormonale, fattori endogeni ed esogeni, rischio nutrizionale e da radiazioni; gli approcci di monitoraggio si praticano in ogni

Secondo le indicazioni Oms il sistema di cure primarie territoriali è baricentro assistenziale del servizio sanitario, con ricorso a cure ospedaliere solo se si può assicurare pari qualità di cure e risultati in ambito territoriale

campo d'intervento secondo frontiere mobili in evoluzione. La prevenzione ha da sempre grande significato poiché la storia naturale di questo tipo di tumore è influenzata dalle procedure praticate. Le fondamentali tra quelle preventive ad ampio spettro sono:

- la diffusione dell'autoesame del seno, mediante campagne d'educazione sanitaria di cui si conoscono potenzialità e limiti, sempre che il messaggio informativo sia trasmesso in modo chiaro e assimilabile;
- secondo l'Oms, ha un ruolo decisivo lo sviluppo della mammografia di massa.

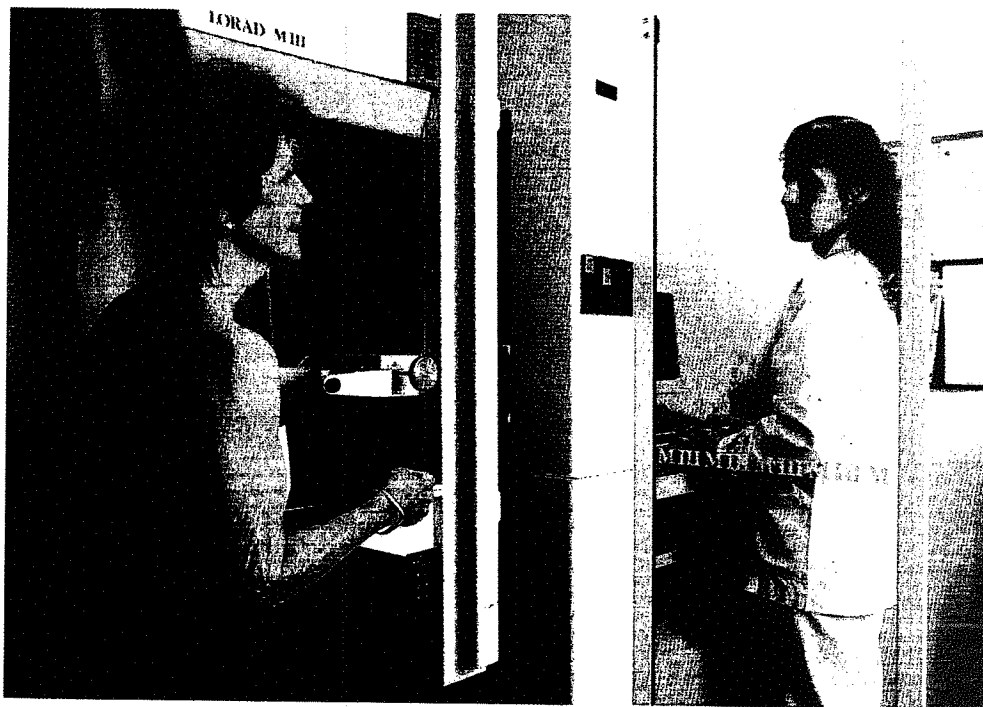
Non vi sono orientamenti del tutto condivisi sull'età della donna perché benefici delle campagne di screening di massa. Secondo orientamenti di maggior precocità, si dovrebbe partire dai 40 anni con un intervallo di 2 anni tra ogni controllo; secondo un approccio che considera l'età di maggior incidenza del tumore e di maggior difficoltà d'interpretazione della mammografia in donne relativamente giovani, l'età andrebbe spostata a 50 anni con un'indagine ogni 3 anni. Si ricorda poi che la mammografia di screening individuale va eseguita se v'è rischio familiare almeno 5 anni prima della comparsa del cancro familiare, con controlli almeno annuali.

In tali dimensioni e significati della prevenzione si ricorda anche la prevenzione farmacologica, che sfrutta trattamenti farmacologici per monitorare ricadute e insorgenza di un secondo cancro, anche nel contesto di trattamenti adiuvanti in menopausa.

Per un approccio multidisciplinare

Nell'ottica di un approccio diagnostico non invasivo si prevedono:

- ecografia mammaria, complemento di clinica e mammografia;



- ecocolor Doppler, utile nella diagnosi di recidive locali dopo intervento conservativo;
- tomografia computerizzata, utile per valutare l'estensione parietale di tumori voluminosi e ricercare metastasi;
- risonanza magnetica, specie nelle diagnosi di malignità (recidiva dopo trattamento conservativo o su ricostruzione, comparsa d'aree carcinomatose in caso di mastopatia a rischio).

La diagnostica invasiva prevede invece:

- prelievi citologici con ago sottile e raccolta di cellule senza frammenti tissutali;
- prelievo istologico con ago speciale, microbiopsia anche sotto guida strumentale;
- biopsia chirurgica preoperatoria o intraoperatoria, secondo la valutazione di procedere in 2 tempi o delle possibilità di contenere l'intervento in un solo tempo chirurgico.

Il profilo clinico-terapeutico considera:

- chemioterapia, in genere dopo trattamento

chirurgico: in tal caso è detta adiuvante, essendo precedente il trattamento chirurgico denominata neo-adiuvante. In fase metastatica è la principale procedura terapeutica disponibile;

- l'ormonoterapia poggia sulla relazione dell'ormono-dipendenza del ca mammario. È soppressiva se prevede castrazione della donna prima della menopausa, è sostitutiva se si usa un inibitore competitivo degli estrogeni o altri inibitori farmacologici;

• terapia chirurgica secondo varie tecniche conservatrici o demolitrici, con attenzione al linfonodo sentinella. Se la lesione è diagnostica radiopaca si fa una radiografia del materiale operatorio per controllare la completa exeresi della massa identificata;

- radioterapia propriamente detta e curieterapia. La prima s'esegue a distanza dall'intervento, a ferita chirurgica guarigita. Dagli anni '60 s'è sviluppata la radioterapia intraoperatoria

Gestione
Patologia a
forte incidenza



Per la radioterapia intraoperatoria s'impiega un acceleratore lineare mobile con braccio rotatorio direzionale sul campo operatorio, installato in una sala operatoria

(un'unica alta dose di radiazioni durante l'intervento chirurgico), il cui scopo è sterilizzare i microfocolai cancerogeni rimasti sul campo operatorio senza intervalli di tempo rispetto alla radioterapia convenzionale che consentano il proliferare di cellule cancerose. La curieterapia (irradiazione interstiziale) usa un radio elemento (iridio) sottoforma di fili radioattivi soffici, divisibili, adattabili alle curve anatomiche, collocati in tubi di plastica che in anestesia generale vengono posizionati in genere durante l'intervento iniziale.

Le armi disponibili per contrastare questo tumore vanno dalla prevenzione ai percorsi arti-

colati diagnostico-terapeutici.

Fondamentale è l'esame clinico fatto da specialista competente: è la base del percorso per valutare le strategie singole e associate da praticare. L'esercizio di competenze specialistiche multi e interdisciplinari e i supporti strutturali e tecnologici che ne consentono l'applicazione vanno considerati e coordinati perché si pongano in esercizio centri d'eccellenza per il trattamento di questa patologia maggiore che assicurino prestazioni correlate all'impegno clinico e ai risultati positivi attesi.

Delle modalità d'espressione e convergenza di quest'intervento ci occupiamo esaminando co-

me l'organizzazione del sistema ospedale-territorio possa dare le sue risposte mirate con efficacia ed efficienza.

Aspetti organizzativi

Il Ssn ha reso operativi principi e metodi dell'assistenza differenziata nel quadro di flessibilità d'interrelazione degli interventi prospettato dall'Oms dal '67. Le varie riforme sanitarie succedutesi dal '78 hanno consolidato in Italia un sistema binario, a varia modalità d'espressione integrata, costituito dal complesso di cure territoriali e dal sistema ospedaliero. Due realtà che hanno visto il superamento della centralità del-

Gestione Patologia a forte incidenza

L'ospedale con sempre maggiori capacità e potenzialità d'intervento dell'assistenza territoriale. Ciò in sintonia con le indicazioni Oms (Salute per tutti nell'anno 2000), proiettate in strategie di sviluppo fino al 2020, secondo cui il sistema di cure primarie territoriali è baricentro assistenziale del servizio sanitario, con ricorso a cure ospedaliere solo se si può assicurare pari qualità di cure e risultati in ambito territoriale. Di questi assetti va tenuto conto nel discutere le modalità operative dell'assistenza senologica. Il bersaglio ca della mammella è alla punta di una freccia organizzativa che vede in campo interrelazioni funzionali, sintetizzate nella figura della pagina accanto.

Le modalità di prevenzione presentate nelle linee fondamentali sono a cavallo del sistema ospedaliero e territoriale con aspetti di presenza correlate alla flessibilità d'organizzazione proprie dei diversi sistemi sanitari regionali e dell'autonomia delle aziende sanitarie. Al sistema ospedale, per le tecnologie complesse di dotazione e impiego, spettano competenze di diagnosi, cura e riabilitazione correlate alla gravità della patologia trattata. Il sistema distrettuale vede capacità d'intervento mediante i presidi intermedi, caratterizzati dalla presenza di poliambulatori complessi che consentono anche attività chirurgiche in Day surgery, con possibilità di trattare patologie minori della mammella o per interventi diagnostico cruento. In tale ambito si possono considerare potenzialità d'uso di tecnologie appropriate, anche di laboratorio, secondo bacini d'utenza assegnati e relativi carichi di lavoro.

Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, con ospedalizzazione a domicilio, presenza d'ospedali di comunità e hospice per cure palliative sono modalità d'articolazione di competenze che vedono in questi ambiti, e non in quello ospedaliero, la miglior risposta di trattamento



Va stabilito un circuito di presa in carico della paziente, individuando lo specialista incaricato e ogni incombenza di coordinamento nella conduzione delle cure

di patologie che cronicizzano anche a carattere infausto.

Nostro scopo è esplorare l'organizzazione assistenziale di maggior complessità per il trattamento del tumore della mammella, considerando se:

- la rete delle responsabilità specialistiche è del tutto sviluppata, valutando l'evoluzione registrata nelle tecniche d'intervento;
- in questa rete la senologia acquista dignità di disciplina.

Partendo dal primo quesito, si nota che non risultano diffuse negli approcci di modelli funzionali Uo dedicate o che trattino a livello specialistico contenuti di prestazioni pertinenti alla patologia della mammella. Come è per:

- consultori di genetica oncologica con obiettivo, tra l'altro, di determinare l'importanza del rischio d'insorgenza della malattia in soggetti appartenenti a famiglia a rischio;
- Uo di citoistopatologia, presenti in alcuni ospedali (per esempio, l'Ospedale universitario di Ancona);
- Uo di radioterapia intraoperatoria cruenta con acceleratori lineari. A tal fine s'impiega un acceleratore lineare mobile con braccio rotatorio direzionale sul campo operatorio, installato in una sala operatoria. Questa è un locale non schermato, quindi durante l'irradiazione si dispongono barriere mobili di piombo a protezione di chi è nelle immediate adiacenze (sala

operatoria adiacente, pre-sala alla consolle dell'acceleratore, nel corridoio del blocco operatorio). Inoltre si pone uno scudo in piombo sotto il tavolo operatorio in corrispondenza del fascio primario, per schermare i locali sottostanti. L'acceleratore è dotato di un gruppo di continuità che lo rende autonomo nella fase d'irraggiamento, anche se fosse interrotta l'alimentazione di rete. La fase lort intesa come tempo in cui il team chirurgico sospende l'attività per consentire il trattamento radioterapico, è molto condensato per il paziente, non spostato dalla sala operatoria e senza particolari prolungamenti del tempo d'anestesia.

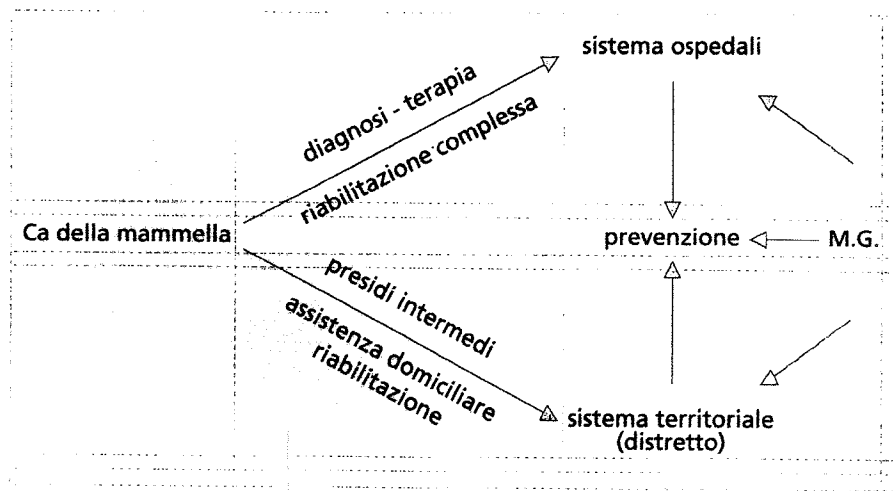
Se si pone il problema di un esame istologico estemporaneo durante l'intervento operatorio in aiuto alla decisione terapeutica, è necessario un laboratorio adeguatamente attrezzato. Secondo alcuni tecnici ospedalieri questa funzione andrebbe inserita nella c.d. area delle attività di supporto della piastra operatoria, in stretta continuità con l'area chirurgica, per consentire anche attraverso la trasmissione d'immagini una lettura congiunta del preparato tra istopatologo e chirurgo, con possibilità anche di colloquio a viva voce (telediagnosi e teleconsulto). Secondo altri progettisti ospedalieri un laboratorio d'istopatologia, per quanto miniaturizzato, comporta problemi tecnici e igienici che ne sconsigliano l'impianto nell'area della piastra operatoria, per cui il suo posizio-

namento è programmato a ridosso, nelle vicinanze, pur mantenendo comunicabilità tra specialisti, con trasferimento delle immagini e rapporto a viva voce. Non sappiamo peraltro d'esperienze che telediagnosi e teleconsulto possano definitivamente escludere l'ubicazione di questo laboratorio in adiacenza o in area di pertinenza del blocco operatorio.

Senologia e specialità di area

Consideriamo ora la posizione della senologia nel contesto delle specialità di area, ricordando che in questa attività convergono più specialità, quali Chirurgia generale, Anestesia e Rianimazione e Centro trasfusionale, Istopatologia e Citologia, Genetica medica e oncologica, Oncologia, Radiologia e Radioterapia, Fisica sanitaria, Medicina nucleare ecc. per l'area delle cure ospedaliere con il ventaglio delle competenze territoriali anche non mediche (professioni della riabilitazione, assistenza infermieristica, riabilitativa, psicologica). Attualmente v'è confluenza di più competenze su questo bersaglio, per cui è definita e circoscritta un'attività dipartimentale funzionale in ambito ospedaliero, che per raccordi con l'assistenza territoriale, deve sviluppare modalità d'intervento anche protratto interdipartimentali.

Poiché l'assistenza integrata a tale titolo si sviluppa in genere nell'ambito della stessa azienda sanitaria, vanno regolamentati prestazioni, loro integrazione e programma d'applicazione individuando i livelli di responsabilità specialistica a varia complessità d'interdipendenza. Va stabilito un circuito di presa in carico della paziente, individuando lo specialista incaricato e ogni incombenza di coordinamento nella conduzione delle cure, con responsabilità peraltro collegiali (oncologo, radioterapista, istopatologo, psicologo ecc.) da orientare anche ai fini di



Schema di sintesi dell'assistenza senologica

un consenso veramente informato per l'atto tecnico di pertinenza strettamente ospedaliero, con prosecuzione d'attività in continuum assistenziale sul territorio.

Va poi visto se queste misure corrispondono all'evoluzione delle cure registrate e alle aspettative umane e sociali di questi malati. Analizzando i codici di specialità cliniche e discipline ospedaliere prodotti dal sistema informativo sanitario del ministero della Salute (2003), si nota la mancanza della senologia. Si deduce che tali attività sono comprese nella Chirurgia generale (codice 09) del tabulato. Assetto peraltro in sintonia con il Dpr n. 484 (10/12/97) "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e criteri per l'accesso di secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Ssn". L'art. 4 inquadra le specialità mediche per aree (medica e delle specialità mediche; chirurgica e delle specialità chirurgiche; medicina diagnostica e servizi; sanità pubblica) e nessuna di esse contempla in via principale o secondaria la senologia. In argomento occorre anche richiamare i Dm attuativi: Dm 30/1/98 "Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Ssn" e Dm 31/1/98 "Tabelle relative alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Ssn" nonché le integrazioni di cui ai Dm: 22/1/99 (Gu n. 32 del 9/2/99), 5/8/99 (Gu n. 207 del 3/9/99), 2/8/00 (Gu n. 193 del 19/8/00), 27/12/00 (Gu

n. 6 del 9/1/01), 31/7/02 (Gu n. 208 del 5/9/02). In tutta questa abbondante normativa è da rilevare che la parola "senologia" non compare mai in alcuna area, mentre nel caso di altre discipline (chirurgia e specialità chirurgiche), individuando la disciplina "Ortopedia e Traumatologia" sia per i servizi equipollenti sia le scuole equipollenti appare "Chirurgia della mano" che, benché disciplina non generale, è equivalente per "Ortopedia e Traumatologia". Come dire che "senologia" potrebbe essere equipollente a Chirurgia generale se dottrina e pratica ne indicano dignità d'autonomia. Sul piano culturale, la formazione universitaria non ha dato sviluppo e riconoscimento formale a questo settore, ancora connotato nell'ambito della Chirurgia generale. Siamo in presenza di un problema articolato che deve avere soluzioni e risposte in ambiti istituzionali, tenuti a formulare assetti avanzati nel contesto formativo e dell'organizzazione sanitaria. La senologia come tale ha assunto rilievo e dimensioni significative dando connotazione in molti casi alle specialità Chirurgia generale o Chirurgia oncologica, con presenza di Uo dedicate.

Considerazioni conclusive

Secondo un inquadramento epidemiologico, il cancro sarà per le popolazioni occidentali prima causa di morte, superando anche le malattie cardiovascolari. Il carcinoma mammario è nella donna la neoplasia più frequente (1 su 10) e prima causa di morte per cancro. In Italia il ca della mammella ('93-'98) ha aumentato l'incidenza di più il 9% con una sensibile re-

Gestione Patologia a forte incidenza

Secondo i protocolli internazionali (come il documento di Strasburgo del 2003), la specializzazione strutturale e professionale è obiettivo irrinunciabile per la senologia

gressione della mortalità (c.ca -10%) e con una sopravvivenza della paziente a 5 anni d'oltre l'80%.

Queste positività di risultati, che presentano prospettive di ulteriore miglioramento, costituiscono l'effetto del potenziamento delle strategie di diagnosi precoce e di prevenzione e della evoluzione delle tecniche terapeutiche delle tecnologie impiegate. Una anticipazione diagnostica consente in Italia di modificare in maniera positiva la prognosi di almeno il 10% della popolazione esposta a un ca della mammella. In questi ambiti ruolo significativo hanno le attività di prevenzione esercitate dalla medicina territoriale, che vedono la formulazione esatta di una diagnosi precoce nel contesto di laboratori avanzati o di necessari approfondimenti diagnostici, con ricorso alla terapia chirurgica singola o associata ad altre terapie specialistiche. Secondo i protocolli internazionali (tra cui il documento di Strasburgo del 2003), la specializzazione strutturale e professionale è obiettivo irrinunciabile per la senologia. Infatti la gestione della paziente comporta un'interdisciplinarietà di prestazioni che si proiettano in ambiti territoriali e ospedalieri, in un continuum assistenziale che si sviluppa secondo funzioni dipartimentale o interdipartimentali. L'Uo di senologia può esaltare la politica dei risultati se tratta una casistica specifica d'adeguata densità e se è inserita in un contesto ospedaliero che consente la disponibilità d'impiego contestuale delle unità specialistiche che condividono nei trattamenti le forme d'associazione degli interventi diagnostico-terapeutici.

Si ricorda qui che, secondo il vigente ordinamento (Dlgs 229/99, Dlgs 254/00), le Uo si classificano in strutture complesse, con un direttore, e strutture semplici, con un responsabile, in rapporto diretto a entità e complessità



dell'assistenza erogata. Si pone quindi il quesito se la senologia debba costituire una struttura complessa o debba essere una struttura semplice nel contesto di una struttura complessa di Chirurgia generale, magari a indirizzo oncologico. Vari fattori possono orientare tale scelta organizzativa, sempre che avvenga in un organismo ospedaliero con connotazioni e identità di supporto corrispondenti. Sotto il profilo professionale non vi sono incertezze su una scelta specialistica. La normativa vigente non contempla queste forme e possibilità organizzative; per quanto riguarda nelle linee generali il problema della normativa, va tenuto presente che:

➔ Con l'accordo tra Stato e Regioni dell'8/08/2001, la legge costituzionale 18/10/01 n. 3, in tema di "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", con la L. 5/6/03, n. 131 relativa alle "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3", sono stati profondamente innovati i ruoli istitu-

zionali dello Stato e delle Regioni in materia di sanità. Infatti costituiscono competenza esclusiva dello Stato "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, definiti con le procedure di cui al Dlgs 18 settembre 2001, n. 347, convertito in Legge 16/11/01, n. 405. Sul piano attuativo il Dpcm 29 novembre 2001 ha provveduto alla definizione dei Lea e il Dm 12/12/01 definisce il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, nel quadro delle disposizioni di cui al Dlgs 18/2/00, n. 56 (disposizioni in materia di federalismo fiscale) art. 9.

Le Regioni hanno potestà legislativa in sanità:

➔ concorrente con lo Stato, poiché le norme statali sono "cedevoli", ossia la Regione può legiferare, disapplicando anche le norme nazionali che, benché non abrogate, non dispiegano più i loro effetti. Quindi la legislazione regionale può avere disposizioni di scostamento della riforma bis e ter;

Leggi e decreti

- Dlgs 30/12/92, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23/10/92, n. 421
- Dpr 10/12/97, n. 484 Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e di requisiti e criteri per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Ssn
- Dm ministero della Sanità 30/1/98 Tabelle delle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al II livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Ssn, integrato dai Dm: 22/1/99 (Gu n. 32, 9/2/99), 5/8/99 (Gu n. 207, 3/9/99), 2/8/00 (Gu n. 193, 19/8/00), 27/12/00 (Gu n. 6, 9/1/00), 31/7/02 (Gu n. 208, 5/9/02)
- Dm ministero della Sanità 31/1/98 Tabelle sulle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Ssn
- Dlgs 19/1/99, n. 229 Norme per la razionalizzazione del Ssn, a norma dell'art. 1 della legge 30/98, n. 419
- Dlgs 18/2/00, n. 56 Disposizioni in materia di federalismo fiscale a norma dell'art. 10 della Legge 13/5/99, n. 133
- Dlgs 28/7/2000, n. 254 Disposizioni correttive e integrative del Dlgs 19/6/99, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero professionale dei dirigenti sanitari
- Dlgs 18/9/2001, n. 347 convertito in Legge 16/11/01, n. 405 Conversione in Legge, con modificazioni, del Dl 18/9/01, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria
- Dpcm 29/11/2001 Definizione dei Lea
- Dm ministero della Salute 12/12/01 Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'utenza sanitaria

➔ esclusiva residuale, cioè relativa a quanto non di competenza esclusiva dello Stato o concorrente.

In entrambi i casi vanno osservati i principi fondamentali statali e costituzionali.

Si ha così una condizione di decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni, che hanno un'accentuazione di competenze di: programmazione (accordo 8/8/01; modifica art. 4 Dlgs 502/92); indirizzo-controllo; gestione, con delega/trasferimento dei poteri a livello locale/ aziendale.

La responsabilità regionale di organizzazione e gestione della sanità è associata a una responsabilizzazione finanziaria, espressa dalla potestà impositiva di tasse (accordo 8/8/01).

Gli strumenti d'intervento sono costituiti da Psr e Ssr che disciplinano l'organizzazione del-

le autonomie aziendali secondo un quadro di regole che definiscono un sistema di diversificazione d'assetti aziendali tra Regione e Regione e omogeneità d'assetti tra aziende della stessa Regione.

Secondo questa lettura spetta a Ssr e Psr dare risposta concreta agli assetti di varia complessi-

sità organizzativa che la senologia, nella sua presenza territoriale, deve presentare per assicurare assistenza adeguata a tempi e aspettative tecniche, tecnologiche e professionali, ma soprattutto umane e sociali, secondo i migliori equilibri possibili tra esigenze sanitarie e gestionali.

Bibliografia

- Assistenza Differenziata - Soins gradués: Oms = Euro. *L'organisation des Hopitaux Generaux rapport sur une conference*. Copenaghen '67 (Document Euro 0327)
- Atti del convegno Il Meeting di senologia territoriale, Asl Na1, Sun. Napoli 13-15/5/04
- Atti "Settimana senologica Interna-zionale. Siena 18-23/10/04
- Campurra G., Fantini M., Soriani A. *Un acceleratore d'elettroni in sala operatoria: problemi e soluzioni radio-protezionistiche*. Enea Frascati - Medicina del Lavoro
- Cancian M., Lora Aprile P. *Cure palliative in Medicina generale*. Pacini Ed. '04
- Ciocchi M., Richetta E. *La radioterapia intraoperatoria (Iort). Cenni storici e aspetti radiobiologici*. Fisica in Medicina n. 2 (aprile-giugno), p 80, '03
- Ciocchi M., Richetta E. *La radioterapia intraoperatoria (Iort). Cenni storici e aspetti radiobiologici*. Fisica in Medicina n. 2 (luglio-settembre), 82, '03
- Conferenza Stato Regioni - Accordo 8/8/01 *Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3/8/00 (repertorio atti 1004) e il 22/3/00 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria*
- Costa E., Colloca E. *Psicosomatica del cancro del seno*. CIC Ed. Internazionali, Roma '00
- Jatou Ismail. *Malattie della mammella*. CIC Ed. Internazionali, Roma '03
- Ministero della Salute Sistema informativo sanitario *Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche di Usl e Ao*. Direzione generale del Sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici. Direzione generale della Programmazione sanitaria, Roma, gennaio '03
- Ministero della Salute *Psn 2003-2005*
- Oms Bureau Regional de l'Europe. *La Politique cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'Oms. Série Européenne de la Santé pour tous*. n.g. Oms - Copenaghen, '99
- Pellegrini L. *Atti convegno Tumore del seno. L'azione di lobby in Italia: risultati e prospettive*. Roma, 6/7/04
- Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione d'ospedali ad alta tecnologia e assistenza. Supplemento al n. 6 di Monitor, novembre '03
- Renzulli L., Di Stanislao F. *Principi, metodi ed esperienze d'assistenza domiciliare*. Tecnica Ospedaliera 12(1), 52, '82
- Regione Campania *Psr '02-'04*. Napoli '02
- Regione Campania *Linee guida concernenti prevenzione, diagnostica e assistenza in Oncologia*. Burc n. speciale 19/11/03
- Regione Campania *Primo rapporto sull'assistenza ospedaliera ai malati neoplastici della Regione Campania*. Burc n. speciale 19/11/03
- Renzulli L. *Istituzioni e direzione in Sanità (I parte)*. Tecnica Ospedaliera 7, 50, '04
- Saglier J., Antoine E.C. *Cancro del seno: domande e risposte d'ogni giorno*. CIC Ed. Internazionali, Roma, '00
- Serafini G., Vecchi A., Renzulli L. *Il servizio di Citodiagnostica dell'Ospedale regionale d'Ancona*. Tecnica Ospedaliera 18(6) 114, '88
- Veter C., Renzulli L. *Elementi di Medicina preventiva e sociale*. Edizioni Nuove Ricerche, Ancona, '90