

## L'EDITORIALE



**Necessari per la Sanità Pubblica gli anticorpi della nostra qualità imprenditoriale**

FederLab è finalmente al centro dell'attenzione del mondo politico. Dopo anni, in cui abbiamo subito l'ostracismo e gli atteggiamenti fortemente pregiudiziali, rivolti alle strutture sanitarie private. La recente Sentenza del Consiglio di Stato, che annulla il Nomenclatore Tariffario Nazionale, non solo ci rende giustizia, ma è la prova che la nostra battaglia e le azioni legali che abbiamo intentato sono fondate e legittime. Ognuno di noi è una realtà imprenditoriale. Ognuno di noi è attore di importanti investimenti nel mondo sanitario, che vanno a coprire i vuoti lasciati da una sanità pubblica disastrosa. Ognuno di noi sa quali siano i problemi sanitari reali del territorio, visto che i professionisti sanitari delle strutture di laboratorio hanno con il cittadino un contatto e una consuetudine quotidiani e una presenza diffusa e capillare, anche là dove la stessa struttura sanitaria non riesce a garantire la sua funzione di presidio. Oggi, la nostra categoria, il nostro mondo, hanno bisogno di un riconoscimento del loro ruolo e della loro funzione nell'ambito del sistema dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie e di un

*continua a pag 11*

## Il Consiglio di Stato ha confermato l'annullamento del Nomenclatore Tariffario Nazionale. Inapplicabile la normativa sullo sconto del 20% sulle prestazioni di laboratorio

*Il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso proposto dall'Avvocatura Generale dello Stato, confermando l'annullamento del Decreto del Ministero della Salute (D.M. 12.09.2006), concernente la "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie"*

Disciplinato, ovvero ribadito, il contesto normativo riguardante il "Il Provvedimento di annullamento del Decreto Ministeriale - ha detto Vincenzo D'Anna, presidente di FederLab Italia - a causa della mancanza di un'adeguata istruttoria sulla corretta rilevazione dei costi di produzione delle prestazioni di laboratorio, rende inapplicabile la norma riguardante lo sconto sulle prestazioni stesse. E' una sentenza, che abbiamo accolto con grande soddisfazione e che apre la strada all'adozione di un nuovo tariffario - l'ultimo risale al Ministro Bindi - che sarà stilato secondo il criterio dei costi standard, conseguentemente al programma di riorganizzazione della rete dei laboratori, attraverso cui saranno definiti i requisiti e la soglia di efficienza minima delle strutture stesse"

### Conferenza Stampa FederLab Italia

Piano di riorganizzazione della Rete dei Laboratori e politica sanitaria regionale

Palermo  
16 Aprile - ore 11,30  
Grand Hotel Federico II  
Via Principe di Granatelli, 60



## TAVOLO TECNICO



**Approvato il documento "Criteri per la Riorganizzazione delle Reti di offerta di diagnostica di laboratorio"**

*a pag 11*

## DECRETO 1000 PROROGHE



**Vita dura per le ASL debitorici. Pignoramenti dal 1 Marzo**

Il provvedimento Milleproroghe ha sancito lo sblocco, dal 1 marzo, dei pignoramenti.

*a pag 3*

Il Presidente di FederLab Italia, Vincenzo D'Anna, ha incontrato, lo scorso 3 febbraio, presso il Ministero della Salute, il Ministro Ferruccio Fazio.

# Resoconto dell'incontro con il Ministro Fazio

Nel corso dell'incontro sono state trattate le problematiche riguardanti i Piani di Riorganizzazione della Rete dei Laboratori, l'aggiornamento delle Tariffe di remunerazione delle prestazioni e la revoca della norma in materia di sconto (Legge Finanziaria 2007), il ruolo delle strutture ambulatoriali di laboratorio private accreditate nel contesto dell'assistenza territoriale (H24) e la presa in carico dei pazienti per l'assistenza e le cure complesse e continuative.

Il Presidente di FederLab Italia ha sollecitato il Ministro a procedere alla verifica, sull'intero territorio nazionale, del recepimento e dell'attuazione, da parte delle Regioni, del D.P.R. 14.01.97 in materia di requisiti minimi organizza-

tivi, strutturali, strumentali e di personale per le strutture di laboratorio e del conseguente aggiornamento del Decreto di autorizzazione Sindacale con l'indicazione delle tipologie organizzative (settori specializzati annessi al laboratorio generale di base) possedute dai laboratori, per poter determinare, in ciascun ambito territoriale, il rispetto della normativa vigente e degli oneri posti a carico delle strutture di laboratorio e per poter procedere alla rilevazione dei costi standard di produzione e delle nuove Tariffe di remunerazione delle prestazioni.

Il Ministro ha condiviso tutte le istanze di FederLab Italia ed ha ribadito che il Documento di Riorganizzazione della rete

delle strutture di laboratorio, elaborato dalla Commissione Tecnica, è pienamente condiviso e rappresenta la condizione per poter procedere alla rilevazione dei costi standard di produzione e dell'aggiornamento, ovvero dell'aumento, delle Tariffe di remunerazione delle prestazioni di laboratorio.

All'atto dell'emanazione delle Linee Guida Ministeriali, che riguardano il Documento sui criteri e le modalità di realizzazione dei Piani di Riorganizzazione della rete (soglia minima di efficienza) e del recepimento delle Linee Guida medesime da parte delle Regioni, ovvero con la riduzione delle strutture di laboratorio ridondanti, sarà soppressa la norma sullo sconto.

FederLab Italia sarà com-

ponente dei Tavoli Tecnici per la rilevazione dei costi standard e l'aggiornamento delle Tariffe, nonché del Tavolo per la Continuità Assistenziale.

Per quanto concerne, infine, la verifica della sussistenza dei requisiti minimi ex D.P.R. 14.01.97, è stato dato compito al Direttore Generale del Ministero, Filippo Palumbo, tramite l'Age.Na.S. (Agenzia Nazionale Servizi Sanitari), di effettuare una ricognizione sul recepimento e l'applicazione del D.P.R. sui requisiti minimi da parte delle singole Regioni.



## L'INTERVISTA

# Intervista al Senatore Antonio Tomassini, presidente Commissione Sanità del Senato



Senatore, qual è la posizione sull'aspetto della parificazione pubblico e privato ed in particolare sulla modifica legislativa dei punti 8 quater e 8 quinquies del Decreto Legislativo 229/99 e successive modificazioni e integrazioni, con l'introduzione del principio di remunerazione delle prestazioni a tariffa sia per le strutture pubbliche che per le private?

Sono sempre più convinto che la denominazione pubblico/privato si presti ad interpretazioni fuorvianti. Il servizio è sempre pubblico: può intervenire il privato e sarà, quindi, privato-accreditato, oppure lo Stato, o l'Istituzione, erogatrice in prima persona. Quindi, è necessario riaffermare le missioni: il massimo di sussidiarietà a livello delle singole aziende; l'autonomia e la possibilità per ogni Regione di cucire un abito su misura per le proprie necessità; il diritto-dovere dello Stato di fissare regole ed obiettivi, controllando che vengano rispettati e riequilibrando le convenzioni di partenza. Non credo e non ho mai creduto ad uno Stato padrepadrone, che arrivi ad imporre al cittadino dove si debba curare, da quale medico, quali farmaci assumere, e magari addirittura di quale malattia ci si debba ammalare. Del resto, se lo vediamo nell'ottica del territorio

nazionale, l'intervento del privato-accreditato rispetto all'erogazione diretta dello Stato è un'area modesta che non supera il 20%. Ritengo che, proprio al fine di contenere i costi e continuare ad offrire gli stessi livelli di assistenza, debba essere abbattuto totalmente il pregiudizio ideologico contro il privato. Solo, infatti, dalla sinergia di entrambi si possono ottenere soluzioni vantaggiose per tutti.

Il sistema del remunerativo, pur rimanendo legato al volume delle prestazioni dovrebbe essere del tutto rivisitato, creando quelle flessibilità che riconoscano più da vicino le situazioni veritiere.

Qual è la posizione sulla programmazione sanitaria con l'individuazione preventiva dei volumi di prestazioni erogabili correlato al limite di spesa per ciascuna branca specialistica?

Credo che quello dei volumi prefissati e dei tetti sia un sistema da superare e appartenga ad un retaggio statalista che non ha più ragione di esistere. In questo modo i rami secchi cadrebbero da soli, senza la creazione di nuova disoccupazione, vista la richiesta costante di personale specializzato.

Qual è lo stato di attuazione in ogni Regione del DPR 14/1/97 sui requisiti minimi autorizzativi e stato delle verifiche per i requisiti ulteriori dell'accreditamento nelle singole regioni?

E' assolutamente in ritardo e in gran parte inapplicata,

proprio per il sistema protezionista e ostruzionista che alcune Regioni hanno utilizzato per mantenere, cieche ad ogni evidenza, la passività e l'inefficienza di alcune strutture pubbliche. Mi lasci dire che non è un caso che proprio le Regioni più inadempienti e meno virtuose sono quelle che hanno mantenuto nel tempo questi atteggiamenti.

Qual è il parere sull'aggiornamento delle tariffe del piano di riorganizzazione della rete sulla base di un modello organizzativo standard da definire in Conferenza Stato/Regioni e in sede ministeriale?

Ignoro quale sia il valore del riaggiornamento ma, da un punto di vista riorganizzativo, credo che si debba avere il massimo della fiducia nella sede ministeriale e nella ristrutturata l'Age.Na.S. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) presentandosi, poi, alla Conferenza Stato-Regioni con un piano condiviso.

Diffido della Conferenza Stato-Regioni, perché finora, anche per il segno preponderante politico che li contraddistingueva, hanno agito più da Organizzazione Sindacale che da Istituzione.

Voglio sottolineare, al contrario, che ripongo molta fiducia nel fatto che, dopo le prossime elezioni regionali, tale atteggiamento possa cambiare profondamente, acquisendo più lungimiranza e capacità propositiva.

## DECRETO 1000 PROROGHE

Vita dura per le ASL debentrici. Pignoramenti dal 1 Marzo

Il provvedimento Milleproroghe ha sancito lo sblocco, dal 1 marzo dei pignoramenti, che erano stati congelati dalla Finanziaria 2010 e dal Patto della Salute 2010/2012.

I bilanci regionali dovranno ora far fronte ai pagamenti esecutivi.

Per la Campania la somma dovuta dalla ASL si aggira intorno agli 1,7 miliardi di Euro. Le somme dovute non saranno tuttavia restituite. Saranno localmente discussi piani di rientro e di dilazione del debito. La decisione sul blocco dei pignoramenti rispetto a fornitori, che in Campania hanno ritardi che sfiorano i 641 giorni, era apparsa subito velata di incostituzionalità, da qui la debole difesa della posizione relativa al blocco dei pignoramenti.

“Non si risolvono certamente con il blocco degli atti esecutivi i problemi delle regioni interessate dai piani di rientro - ha detto Vincenzo D'Anna presidente di FederLab Italia. Il problema del debito del sistema sanitario non poteva essere risolto con provvedimenti che andavano a danno delle imprese, ma deve essere affrontato con una radicale politica gestionale che riorganizzi in modo ottimale la distribuzione delle risorse sul territorio e l'efficienza del servizio. La norma contenuta nella Finanziaria 2010 - conclude D'Anna - era, per questo motivo, apparsa subito iniqua e vessatoria”.

Ora la parola passa alla contrattazione locale tra ASL debentrici e fornitori.



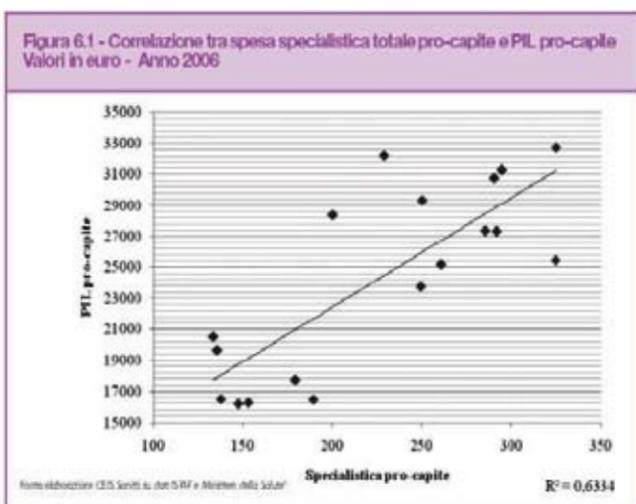
Rapporto CEIS sulla Specialistica Ambulatoriale

# Nessun rapporto tra numero di strutture e spesa sanitaria

Pubbllichiamo uno stralcio del rapporto 2008 del CEIS (Centre for Economic and International Studies - Università di Tor Vergata) riguardante la spesa sanitaria sostenuta dalle Regioni per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Dallo studio del CEIS (Centre for Economic and International Studies - Università di Torvergata) del 2008 emerge che non esiste alcuna relazione tra numero di strutture presenti sul territorio e spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. I dati riportati, riferiti all'anno 2006, confermano che non è la struttura dell'offerta ad influenzare il numero delle prestazioni richieste, ma che la maggiore spesa è da mettere in relazione con il PIL (Prodotto Interno Lordo) pro-capite delle Regioni. Le Regioni, che producono maggiore ricchezza, tendono ad esprimere un maggiore bisogno di prestazioni. Da notare che le Regioni che presentano il maggior numero di strutture di laboratorio private accreditate, Campania e Sicilia, sono agli ultimi posti per quanto riguarda il numero di prestazioni di laboratorio per abitante.

“Nonostante ciò - rileva Vincenzo D'Anna, presidente di FederLab Italia - tale evidenza non può esimere nessuno dal trascurare l'esigenza di razionalizzare l'offerta delle prestazioni di laboratorio e di assicurare su tutto il territorio nazionale parità di requisiti minimi ed ulteriori di qualità per l'Accreditamento delle Strutture e tariffe di remunerazione delle prestazioni erogate. I piani di riorganizzazione della rete delle strutture di laboratorio - conclude D'Anna - previsti dalla Legge 296/06, obbligatori per le Regioni con piano di rientro dal debito, nelle quali è ridondante il numero delle strutture che operano sul territorio, rappresentano l'opportunità per ridisegnare l'offerta senza che questa sia forzatamente indotta dai tagli alle tariffe ventilati dal Ministero della Salute”.



Regioni	Laboratorio Prestazioni Pro-Capite	Strutture di Laboratorio Private	Strutture di Laboratorio Pubbliche
Italia	16,75	2873	1362
Toscana	19,11	84	59
Veneto	18,72	68	91
Liguria	18,00	49	61
Lazio	17,78	356	126
Lombardia	17,69	208	146
Valle d'Aosta	17,17	0	1
Emilia Romagna	17,16	53	111
Molise	16,98	12	7
Puglia	16,87	228	112
Calabria	15,97	143	64
Piemonte	15,89	43	133
Friuli V.G.	15,82	11	18
Abruzzo	15,75	66	30
Marche	15,74	57	43
Trentino Alto Adige	15,52	10	25
Campania	15,24	718	105
Sicilia	15,09	683	131
Basilicata	14,54	27	26
Sardegna	14,45	51	44
Umbria	12,41	13	22

# Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio

Prevista la Soglia Minima di Efficienza, obbligatoria, pari a 100.000 prestazioni complessivamente erogate dalle strutture di laboratorio (pubblico e privato).

Disciplinato, ovvero ribadito, il contesto normativo riguardante il possesso dei Requisiti minimi organizzativi strutturali, strumentali e di personale previsti dal DPR 14.01.1997 per i laboratori, che mantengono l'autonomia gestionale, ovvero al di sopra della Soglia di Efficienza, nell'ovvia considerazione che analoghi Requisiti organizzativi sono obbligatori per i laboratori consortili costituiti tra i laboratori al di sotto della Soglia Minima di Efficienza.

Nello stesso tempo è stata disciplinata la modalità di effettuazione del Service tra strutture di laboratorio autonome ed in possesso della stessa configurazione organizzativa (Settori Specializzati annessi al Laboratorio Generale di Base), oppure tra i Centri Prelievo ed il Laboratorio comune della struttura Consortile.

Il Documento darà luogo ad apposite Linee Guida Ministeriali, inviato alla Conferenza Stato-Regioni per l'attuazione e quale griglia di valutazione del Tavolo Tecnico per l'affiancamento alle Regioni con Piano di Rientro dal debito.

Le Regioni con Piano di Rientro dal debito, che hanno realizzato il risanamento economico e finanziario previsto dagli obiettivi di risparmio sono, allo stato, la Liguria e la Sardegna.

Sono, invece, tuttora vigenti i Piani di Rientro dal debito per le Regioni Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria e Sicilia.

I mutamenti demografici determinati dall'invecchiamento della popolazione, la sopravvivenza di portatori di patologie croniche altamente inabilitanti, l'esigenza di diminuire il ricovero ospedaliero, favorendo la deospedalizzazione, determinano la necessità di migliorare l'assistenza a livello territoriale. In tale contesto l'erogazione dei servizi di laboratorio

riveste un ruolo strategico, che andrà via aumentando per tipologia e complessità delle indagini diagnostiche. La necessità di assicurare una continuità tra assistenza ospedaliera e territoriale andrà ad aumentare le esigenze di standardizzazione, di confrontabilità dei risultati, nonché di omogeneità dei livelli di riferimento e dei criteri interpretativi.

In carenza di queste condizioni, la spesa sarà destinata ad aumentare in modo inappropriato per ripetizione di esami, tempi di risposta ed errori. La risposta a questi problemi è un diverso sistema di governance clinica basato sulla creazione di reti e di network di strutture, pubbliche e private, che siano in grado di dare risposte coerenti ai bisogni clinici dei cittadini, sia in regime di ricovero che ambulatoriale.

L'aumento della tipologia e complessità dei test di laboratorio e dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la regolarizzazione delle strutture rende necessario il superamento della frammentazione per garantire la qualità delle prestazioni.

Con la Legge finanziaria del 2007 è stato previsto l'obbligo per tutte le Regioni di presentare un piano di riorganizzazione della rete, pubblica e privata, dei laboratori clinici e nel gennaio di quest'anno, sotto l'egida dell'Age.Na.S. e del Ministero della salute, sono state predisposte delle "Linee di indirizzo per la riorganizzazione dei Servizi di medicina di laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale".

Sia l'una che le altre sono provvedimenti volti ad orientare e a guidare le decisioni



## La soglia minima di efficienza, quale criterio per la razionalizzazione del numero delle strutture di laboratorio

Nella riunione del Consiglio Direttivo Nazionale di FederLab Italia, svoltasi a Roma il 29 gennaio scorso, il Presidente di Federlab Italia, Vincenzo D'Anna ha ribadito "il principio della soglia minima di efficienza, quale criterio per la razionalizzazione del numero delle strutture di laboratorio. Espressamente richiesta dal Ministro Fazio è l'unica condizione per evitare che la Riorganizzazione della rete delle strutture di laboratorio, prevista dalla Legge Finanziaria anno 2007, sia attuata mediante il taglio delle tariffe di remunerazione delle prestazioni di laboratorio. Riguardo ai requisiti organizzativi in possesso delle singole strutture, il presidente ha sostenuto che deve essere ribadita l'obbligatorietà del possesso dei requisiti minimi previsti dalla Legge e l'obbligo, per le strutture di laboratorio, di osservare,

ai fini dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, la configurazione prevista dal D.P.R. 14.01.1997, e l'obbligo di aggiornare il Decreto Sindacale con l'indicazione dei Settori Specializzati annessi al Laboratorio Generale di Base, anche nel caso in cui le singole Regioni non avessero intimato tale adeguamento alle strutture di laboratorio in esercizio. Pertanto - ha proseguito D'Anna - si ribadisce l'assoluta impraticabilità di politiche associative a sostegno delle strutture private dei requisiti minimi di Legge, così come improponibili sono le politiche a sostegno del riparto "sociale", dei Tetti di Spesa in favore delle strutture con minori capacità erogative. FederLab Italia - ha aggiunto D'Anna - persegue politiche aderenti ai dettami di Legge anche in materia di program-

mazione sanitaria, ovvero dell'obbligo per le Regioni di individuare, preventivamente, i volumi e le tipologie di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa (Tetti di Spesa) per la branca di laboratorio, quale presupposto ineludibile. Ogni altra metodologia oltre che illegittima, introduce un sistema di tipo socialista e statalista, che consegna le singole strutture agli arbitri della burocrazia, circoscrive e limita il principio della libera scelta e la possibilità che le strutture possano adeguare i propri ricavi in ragione del libero mercato di concorrenza, pur limitato nell'ambito delle disponibilità economiche assegnate alla Branca Specialistica. Il contrasto alla politica dei monopoli e del mantenimento di posizioni dominanti sul mercato in ragione dei Tetti di Spesa "ereditati" sulla scorta

dei fatturati delle precedenti annualità - ha concluso D'Anna - non può essere realizzato con forme perequative e con la richiesta di assistenza sociale in favore del segmento più piccolo dell'intera Categoria.

A conclusione del Consiglio è stato preso l'impegno a redigere un elaborato per la disciplina del Service e dei Punti Prelievo da utilizzare come elemento di confronto con FederAnisap per l'elaborazione di una proposta unica, in linea con quanto espressamente richiesto dal Ministro Fazio.



La Marsan Consulting forte della sua competenza ed esperienza nel campo sanitario, oltre ad assistere i propri clienti nell'ottenimento della **Certificazione di Qualità secondo le Norme ISO**, li affianca anche nel difficoltoso percorso dell'adeguamento ai requisiti richiesti dalle ASL e quindi dalla Regione di pertinenza per l'Accreditamento Istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale, in ottemperanza ai Regolamenti che sono stati emanati nel Luglio 2006 (Regolamento N° 3 del 31 Luglio 2006 - FKT, Centri di Riabilitazione ed Emodialisi) e Giugno 2007 (Regolamento N° 1 del 22 Giugno 2007 - per tutte le altre branche a visita, Cliniche, RSA etc...).

La Marsan Consulting inoltre, può vantare di essere la prima Società di consulenza in Italia ad aver assistito nella **Certificazione di Qualità i Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**, ottemperando non solo alle Norme Internazionali ISO ma anche alle Direttive non ancora del tutto recepite in Italia

\*Direttiva Europea 2004/23/CE: Definizione di norme di Qualità e Sicurezza, oggi divenuta obbligatoria in quanto trasformata in D.Lgs. 191/2007  
\*Direttiva Europea 2006/17/CE: Adeguamento alle prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani;  
\*Direttiva Europea 2006/86/CE: Adeguamento alle prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni avverse gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.

Marsan Consulting in questo specifico settore rilascia il **Marchio di Eccellenza PMA** per la fornitura di servizi altamente specializzati

## Perchè scegliere Marsan Consulting? è una questione di Qualità anzi di Eccellenza

### PRINCIPALI SERVIZI OFFERTI

- ✓ Consulenza per l'Accreditamento Istituzionale con il S.S.N.
- ✓ Presenza durante le Verifiche da parte dei N.V.A.I. (Nuclei di Valutazione Accreditamento Istituzionale).
- ✓ Implementazione di sistemi di Gestione Aziendale in conformità delle norme UNI EN ISO 9001:2008 (Qualità)
- ✓ Sicurezza nei luoghi di lavoro in conformità del D.Lgs. 81/2008
- ✓ DPS (Privacy - D.Lgs 196/03)
- ✓ Consulenza specifica per i Centri di PMA.

**Diamo ascolto ai nostri clienti superandone le aspettative**

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

## “Documento elaborato da Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche Sociali sulla bozza presentata da FISMeLAB, integrata con i contributi di FEDERLAB e ANISAP e condivisa con AGENAS”

*Legge 27 dicembre 2006, n. 296, “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)” (pubblicata nella G. U. n. 299, 27 dicembre 2006 - Suppl. ord. n.244), articolo 1, comma 796, lett. o): “ (...) le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della 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.”*

Al di là dei processi di razionalizzazione, comunque indispensabili, e prima ancora di rivisitare il tariffario, si ritiene di doverne enfatizzare il ruolo centrale del nomenclatore. La caratteristica e la tipologia degli esami da mantenere all’interno dei LEA e i percorsi diagnostico-assistenziali debbono essere centrati sulla Medicina Basata sulle Evidenze (EBM). L’azione fondamentale è quella di rimuovere gli esami obsoleti e inutili, per qualità di informazione, come prerequisito per operare le scelte di riorganizzazione della diagnostica di laboratorio.

Non tutte le Regioni hanno stabilito e concretamente realizzato il percorso di accreditamento istituzionale nei confronti delle strutture pubbliche e private dei laboratori di analisi (per tutte basti citare la Regione Lazio, a tutt’oggi sprovvista degli strumenti per attivare le procedure di accreditamento). Si tratta anche in questo caso di potere verificare concretamente, sul campo, l’idoneità delle strutture pubbliche e private a svolgere con efficacia ed appropriatezza l’attività analitica: ai sensi del DPR 14.01.1997, bisogna imporre i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie.

Fondamentale importanza assumono gli aspetti organizzativi, perché obbligano le strutture a dotarsi di figure professionali adeguate per numerosità, tipologia e qualificazione in rapporto ai volumi e tipologia di attività. Le Regioni dovranno regolamentare i carichi di lavoro massimo erogabili

da ogni struttura di laboratorio, paramestrandoli all’organizzazione tecnologica, alla dotazione strutturale ed al personale posseduto. Il Ministero della Salute provvederà a promuovere l’emanazione di linee guida tali da rendere omogenei sul territorio nazionale i criteri di calcolo dei carichi di lavoro massimo erogabili dalle strutture di laboratorio.

Insieme a tutto questo debbono essere previsti programmi specifici di controllo interno di qualità e la partecipazione a schemi di valutazione esterna di qualità (VEQ), presupposti indispensabili per dare oggettiva dimostrazione delle performance analitiche e quindi della qualità dei servizi erogati.

La partecipazione a programmi regionali non è sufficiente, per problemi di numerosità e significatività statistica di dati a dare un quadro reale delle performance dei laboratori. Quindi vanno raccomandati programmi di VEQ di valenza nazionale o internazionale gestiti da organismi professionali e non da aziende del settore. Deve essere valutato l’effettivo raggiungimento delle buone performance da parte dei singoli laboratori, considerando del tutto insufficiente la sola adesione ai programmi.

Nei criteri di accreditamento dovrà essere prevista una soglia minima di attività, al di sotto della quale non si può riconoscere l’idoneità al riconoscimento di produttore accreditato. La soglia minima proposta come riferimento è di un volume di attività di 200.000 esami di laboratorio com-

pletivamente erogati/anno, nel caso di prestazioni di biochimica-clinica, ematologia e coagulazione di base.

Considerazioni diverse e più articolate andranno previste per esami nell’area della microbiologia. Tale soglia minima dovrà essere raggiunta in tre anni di attività, partendo da un volume minimo di 100.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno.

Alla soglia minima di attività dovrà corrispondere un valore economico della produzione pari al numero esami di laboratorio/anno moltiplicato il costo medio del mix di prestazioni erogate dai laboratori con la stessa configurazione.

Nel percorso di riorganizzazione, soprattutto della rete laboratoristica privata, deve essere ben definito che cosa siano e debbano essere i punti prelievo. Anche in questo caso, vanno rispettati gli standard qualitativi previsti dalle norme e va preservata la sicurezza del cittadino, assicurando il pronto intervento in caso di ipotimia e shock.

La capillarizzazione dell’offerta di attività di prelievo va quindi saldata alla qualità pre-analitica e post-analitica, elementi sempre più rilevanti nell’assicurare la qualità complessiva delle strutture.

Di conseguenza, i processi di raccolta, di pre-trattamento, di trasporto dei campioni biologici e di refertazione devono rispondere agli standard di qualità descritti in letteratura e previsti nei documenti di regolamentazione dei laboratori clinici.

Rispettando queste caratteristiche, i punti prelievo possono costituire uno strumento di risposta alla chiusura delle piccole strutture.

Tutto questo si realizza solo attivando meccanismi di reale aggregazione fra strutture di laboratorio, volte non tanto alla sopravvivenza delle stesse, ma ad un reale progetto di miglioramento della qualità complessiva.

Tradotto in termini pratici, questo significa che le modalità di aggregazione potranno prevedere la creazione sia di cooperative, strutture consortili oppure ATI, anche di tipo pubblico-privato, che divengano esclusivi interlocutori delle Regioni e che rientrino pertanto nei meccanismi di governo delle stesse, sostituendo e riducendo le singole strutture pre-accreditate.

Al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti, vanno vietate le aggregazioni che prevedano l’ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie. Vanno inoltre stabiliti i limiti agli ambiti territoriali delle aggregazioni, che non dovranno eccedere il territorio provinciale e/o regionale. Inoltre, al fine di evitare la formazione di Trust, le costituite aggregazioni non potranno detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale.

Quindi, l’aggregazione non deve rappresentare un meccanismo formale di sopravvivenza, ma la reale riorganizzazione dell’offerta del privato in ambito di diagnostica di laboratorio.

Per rendere possibile questo progetto di aggregazione, è necessario che le singole Regioni legiferino per normare il sistema del “service di laboratorio” fra strutture operanti nella rete, ossia la possibilità per le strutture di laboratorio di definire il proprio “corebusiness” in termini di tipologia di esami eseguiti “in house” e poter utilizzare altre strutture per esami che, per numerosità, complessità e/o necessità di strumentazione e personale molto qualificato, vanno consolidati all’interno di poche realtà.

Lo scambio di campioni biologici, a livello regionale e fra soggetti accreditati, ha il valore di soddisfare l’utenza e preservare, nel contempo, la qualità del servizio.

Per alcuni esami specialistici, le Regioni potranno consentire “service” verso strutture altamente qualificate, al fine di garantire la qualità complessiva del servizio,

incluso il counseling interpretativo.

Vi è da rilevare che in molte realtà questa tipologia di service esiste nei fatti, anche al di fuori di un contesto normativo che, viceversa, è assolutamente indispensabile per coniugare efficienza a qualità e a sicurezza per l’utente.

Nella normativa sul service vanno inseriti requisiti di tutela delle modalità di trasporto e consegna dei campioni, della possibilità di identificazione per l’utente finale della struttura che ha eseguito l’esame (per esempio, per richieste e approfondimenti in tema di interpretazione dei risultati), di corretti meccanismi di contabilizzazione delle prestazioni erogate e di rapporti trasparenti con il sistema sanitario regionale.

Va, inoltre, prevista la possibilità di utilizzare il “service di laboratorio” solo tra strutture di laboratorio autonome accreditate ovvero in possesso della stessa

**Nei criteri di accreditamento dovrà essere prevista una soglia minima di attività al di sotto della quale non si può riconoscere l’idoneità ad essere riconosciuti tra produttori accreditati.**

configurazione organizzativa prevista dal DPR 14.01.1997, nella considerazione che i laboratori di analisi possano accettare solo ed unicamente richieste per le prestazioni compatibili con il Decreto di autorizzazione Sindacale posseduto, ovvero sussistendo i requisiti organizzativi che consentono l’esecuzione delle prestazioni richieste presso i settori specializzati annessi.

L’aggregazione delle strutture e la creazione di una rete integrata di laboratori a livello regionale e sub-regionale sembra ancor più necessaria in virtù dei processi di informatizzazione che, con i progetti di “ricetta on line” o di “tessera sanitaria informatizzata”, necessitano di un governo degli erogatori da parte del sistema regionale in grado di garantire, nel rispetto della libera scelta del cittadino, concrete certezze in termini di qualità e sicurezza dei servizi erogati dalle strutture “accreditate”.

Pertanto, sarà necessario prevedere sistemi di governance della rete integrata che si va costituendo e che deve garantire, oltre che il rispetto degli standard organizzativi e tecnologici, la standardizzazione

analitica, la confrontabilità dei risultati, l’omogeneità dei valori di riferimento e dei criteri interpretativi e delle politiche di appropriatezza della richiesta di esami di laboratorio.

Solo in questo modo, sarà possibile saldare l’efficienza all’efficacia dei processi di riorganizzazione della diagnostica di laboratorio.

Nella costruzione della rete, specialmente a livello territoriale, dovranno inoltre essere disegnati sistemi integrati di offerta di altre diagnostiche, ad esempio d’immagine, che sono integrativi e complementari nei processi diagnostico-terapeutici del paziente.

In sintesi, l’eccessiva parcellizzazione e frammentazione dell’offerta laboratoristica privata a livello di alcune regioni è indicatore di mancata governance dei processi di offerta e di spesa, ma soprattutto della carente applicazione di dispositivi legislativi esistenti e ormai datati nel tempo.

La revisione del sistema nomenclatore/tariffario è assolutamente indispensabile nel contesto dei progetti di riorganizzazione dei laboratori clinici, al fine di evitare il permanere di esami obsoleti, inappropriati e ridondanti e, nel contempo, di “legalizzare” l’erogazione di servizi ed esami innovativi che, sulla base delle prove, abbiano dimostrato efficienza ed ef-

ficacia clinica.



## Accreditamento istituzionale: le Regioni chiamate al rispetto della normativa vigente

*FederLab Italia ribadisce ed evidenzia che l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale, e lo stesso accREDITAMENTO istituzionale, sono oggetto di chiare e specifiche norme quadro nazionali, che devono essere recepite ed applicate dalle Regioni, e sono assolutamente inderogabili.*

Nell'ambito della detta materia, il criterio di riparto delle competenze tra Stato e Regioni è fin troppo chiaro: lo Stato adotta gli indirizzi mediante Leggi - quadro e le Regioni le recepiscono.

E ciò al fine di evitare pericolose discriminazioni su base regionali e quindi effetti distorsivi della libera concorrenza già più volte sanzionati dall'Antitrust.

In sintesi, il percorso, ovvero i percorsi, per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, finalizzata all'accREDITAMENTO istituzionale e per l'accREDITAMENTO istituzionale stesso, sono previsti e disciplinati dal D.P.R. 14.1.1997 e dal D.Lgs. 229/99.

Il D.P.R. 14.1.1997 contiene i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, ai quali le strutture pubbliche e private devono adeguarsi, entro determinati termini, per accedere all'accREDITAMENTO istituzionale.

Lo stesso D.P.R. prevede, poi, la classificazione tipologica

dei Laboratori di Analisi in: Laboratorio Generale di base, Laboratorio Generale di base con settori specializzati e Laboratorio specializzato.

Il D.Lgs. n.229/99, invece, introduce i criteri e le modalità per ottenere sia l'autorizzazione sindacale all'esercizio di attività sanitarie sia l'accREDITAMENTO istituzionale. Nello specifico, il D.Lgs. 229/99 delinea le competenze delle Regioni e delle AA.SS.LL., imponendo alle prime l'adozione di un piano regionale di fabbisogno delle prestazioni, ovvero delle strutture sanitarie esistenti, in ragione del PAT (Piano delle Attività Territoriali), che devono essere predisposti per ciascun anno dai Distretti sanitari delle singole AA.SS.LL..

La mancata attuazione della citata normativa (D.P.R. 14.1.1997 e D.Lgs. N.229/99), ovvero il mancato adeguamento delle strutture pubbliche e private ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi fissati dalla citata normativa, nonché l'assenza di un Piano regionale del fabbisogno delle prestazioni, non solo ha inciso e incide sull'efficacia, efficienza e qualità delle prestazioni erogate, ma soprattutto non permette di completare il processo, ovvero il percorso, dell'accREDITAMENTO istituzionale, necessario anche per programmare in modo razionale ed efficiente i livelli di prestazioni erogabili annualmente.

## I requisiti per l'accREDITAMENTO: la parola a Giuliano Marino, esperto in Governance e gestione delle strutture sanitarie.

I requisiti per ottenere l'accREDITAMENTO sono di carattere strutturale, tecnologico, organizzativo e del personale.

L'accREDITAMENTO Istituzionale è un fatto Nazionale, riguarda tutte le Regioni di Italia e la Campania può fare sicuramente da scuola per le innumerevoli vicissitudini legislative che si sono susseguite negli anni.

Difatti le ultime Direttive Regionali Campane trasformate in Regolamenti (N° 3 del 31 Luglio 2006 e N° 1 del 22 giugno 2007), hanno dettato importanti requisiti minimi organizzativi che Centri di Riabilitazione, FKT, Emodialisi, Diagnostica per immagini,

branche a visita e quindi Medicine di Laboratorio devono ottemperare per richiedere l'accREDITAMENTO definitivo. Allinearsi ai requisiti comporta, per le strutture sanitarie, non solo costi ma anche un notevole dispendio di energie sottratte all'attività professionale. In un contesto ove vi è mancanza di liquidità sia per colpa della congiuntura economica che per la cattiva gestione amministrativa delle ASL, che dura ormai da anni, si avverte la necessità imminente di una corretta programmazione e riorganizzazione della rete territoriale delle strutture attraverso i PAL (Piano di attività Locale), i PAT (Piano di attività

Territoriale) e una regolarità nel pagamento da parte del Sistema Sanitario Regionale.



dalla prima pagina

riconoscimento che sia concreto e non a parole. Da un decennio siamo stati penalizzati, da parte dei governi che si sono succeduti, subendo una progressiva limitazione della nostra attività e della nostra crescita professionale e imprenditoriale.

Ora, invece, puntiamo a sovvertire gli squilibri, come un'azione salutare per l'intera struttura sanitaria.

Quello che chiediamo è il ribilanciamento del rapporto tra pubblico e privato e la perfetta equiparazione tra comparto a gestione statale e quello a gestione privata.

Se, infatti, gli oneri a carico delle strutture sanitarie private sono identici a quelli del comparto pubblico, non si vede per quale motivo, parificati gli obblighi, non debbano essere parificati anche i costi delle prestazioni di laboratorio.

Forse sfugge ai distratti e ai sonnolenti che il collasso del sistema sanitario pubblico ha spostato sul privato, progressivamente e per necessità, una mole notevole di prestazioni sanitarie, soprattutto quelle ad alta specializzazione.

E nonostante questo, nonostante il ruolo complementare che le strutture private svolgono, scontiamo ritardi nei

pagamenti e ci si vuol imporre una logica del taglio dei costi sanitari penalizzando la nostra attività.

Per questo, chiediamo che la politica faccia i passi dovuti e che li faccia in modo che l'etica pubblica rispetti le norme, che devono essere poi solo attuate.

Le norme, che vogliono la parità con il pubblico e che obblighino a compiere scelte di vera razionalizzazione riorganizzativa.

Si vuole salvare il sistema sanitario, e coprire malamente la voragine finanziaria verso cui sta lentamente scivolando, tagliando e sforbiciando secondo criteri economicisti, convinti del fatto che, riducendo e ridimensionando le prestazioni della struttura sanitaria privata, si riducono le spese generali. Ancora una volta, si tratta di posizioni volutamente fuorvianti, che non affrontano il vero nodo del problema: la spesa dipende dai prescrittori e dall'appropriatezza delle prescrizioni. Il problema non è a valle è a monte.

Oggi, abbiamo solo bisogno di un responsabile governo della domanda. Ma per ottenere questo, al nuovo corso politico, chiediamo di fare scelte coraggiose, attaccando quella burocrazia e quelle nicchie di privilegio, che hanno solo creato difficoltà per vendere benefici.

### TETTI DI SPESA E IL PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE

Il Ministro Fazio, dopo l'incontro di Gennaio a Roma e anche di recente, ha finalmente riconosciuto pubblicamente l'importanza strategica, per l'intero sistema delle cure, della struttura sanitaria privata, che si segnala per la sua qualità e i suoi standard di servizio.

La presa di coscienza del Ministro si è tradotta nell'intenzione di affrontare il tema dell'aumento delle tariffe delle prestazioni, che sono ferme da un decennio. Argomento che sarà discusso all'interno di un accordo generale sui tetti di spesa e che ora riceve un'ulteriore spinta dalla Sentenza del Consiglio di Stato.

Ci troviamo, quindi, di fronte ad un importante impegno, che per la nostra stessa associazione è vitale.

La riorganizzazione della rete dei laboratori sarà premiante della parte imprenditoriale e attiva del nostro mondo, permettendo a coloro che lavorano al di sotto della soglia minima di efficienza prevista, di imboccare la soluzione associativa. La scelta, infatti, che si presenta per quelle strutture di laboratorio, come i microlaboratori, che non rispondono ai necessari

criteri di efficienza, sarà la possibilità dell'associazione consortile volontaria, che si prevede incentivata nella prima fase, per continuare a mantenere occupazione e qualità delle prestazioni erogate.

All'interno di questo scenario è necessario che la programmazione del fabbisogno sia stabilita ogni anno, e che sia fatta per tetti di branca e non per tetti di struttura, che ingessano il dinamismo del servizio e la sua vitalità imprenditoriale. Per tutte le strutture andrà, poi, determinata la capacità operativa massima.

I laboratori dovranno possedere i settori specializzati e rispettare i requisiti di Legge. La struttura sanitaria privata è una risorsa insostituibile. Finanzia continuamente il sistema pubblico con esposizioni cospicue e per questo non accetteremo ulteriori prevaricazioni della nostra identità professionale e imprenditoriale.



# Quale forma associativa per le strutture di Laboratorio?



Intanto, non si sta immaginando un consorzio tipo, ma diverse tipologie consortili, che ognuno sceglierà a seconda della modalità prevista: laboratorio centralizzato o laboratorio logico. Nessuno sarà obbligato a costituirsi in un'associazione consortile, che sarà solo volontaria.

Perché, comunque, è positiva fare la scelta di aggregarsi? I laboratori, come è noto, operano in un sistema di concessione e lo Stato offre la possibilità di un mercato regolamentato, purché i laboratori abbiano i requisiti e siano capaci di operare in un sistema razionalizzato. Ora, una forma possibile di razionalizzazione è proprio quella dell'aggregazione. E la razionalizzazione del sistema è uno primi presupposti della pianificazione. Nell'inserirsi in questo contesto, non esiste tuttavia come forma associativa, solo il Consorzio. Questo è solo la forma più ricorrente. E' una delle possibili ipotesi, anche se il Consorzio è la forma per eccellenza, perché, all'interno, ogni soggetto mantiene la propria individualità so-cietaria. Il problema, però, non è quello di mantenere l'individualità, ma di disciplinare la forma operativa dell'aggregazione,

in cui ognuno offrirà la propria specifica competenza, perché l'aggregazione non si presenterà come una semplice sommatoria. Accanto al Consorzio, un'altra possibile forma societaria è la Società per Azioni, E' possibile cioè, che diverse società si uniscano - e nel mondo delle strutture di laboratorio sono già presenti singole S.p.A. - e dare vita anche ad una unica struttura. Altre possibilità potranno essere anche le Associazioni Temporanee di Impresa, che consentono di preservare l'individualità e non creano organizzazioni stabili. Comunque, il problema della forma associativa sarà da affrontare solo quando saranno disciplinate le modalità operative del laboratorio. A quel punto, ognuno deciderà la forma associativa più appropriata e consona alle proprie specificità professionali ed imprenditoriali.

## ISTRUZIONI PER L'USO

Il processo di riorganizzazione della rete dei laboratori prevede una ridefinizione del ruolo delle strutture all'interno del più vasto contesto dei servizi del Sistema Sanitario.

Per tale motivo è importante che i singoli soci abbiano chiari alcuni riferimenti legislativi e conoscano bene il significato di alcuni termini per orientarsi meglio nell'interpretazione di alcune indicazioni e affermazioni.

### LESSICO FONDAMENTALE

Consorzio - Capacità operativa  
Laboratorio Logico - Tetti per branca

Si ricorda ai soci che, per qualunque chiarimento o informazioni, è consigliabile:

- visitare il sito [www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)
- scrivere alla Federazione Nazionale: [info@federlabitalia.com](mailto:info@federlabitalia.com)
- contattare direttamente la segreteria nazionale della Federazione (06.97841201) o i rappresentanti regionali ([www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com))
- chiedere l'assistenza del nostro ufficio legale



# Tetti di spesa e rete di riorganizzazione dei laboratori. Da Regione a Regione, si procede a macchia di leopardo

Il refrain del Ministero della Salute nell'azione di programma per la riorganizzazione della Rete dei laboratori di analisi risuona, ormai da diversi mesi, di due sole note: diminuzione della spesa e aumento della qualità dell'efficienza. Ma rimane ancora da chiarire se razionalizzazione e buona sanità vogliono dire penalizzazione per le strutture laboratoristiche private. Il punto centrale della questione è, prima di tutto, stabilire in modo chiaro e seguendo la norma, il criterio delle remunerazioni delle prestazioni ai laboratori d'analisi, perché, allo stato dei fatti, le logiche adottate dal SSN tra strutture private e pubbliche svantaggiano soprattutto le prime.

Per sostenere le proprie ragioni, Federlab ha già presentato dei ricorsi davanti al Tar, come avvenuto in Emilia Romagna, dove la sezione locale è patrocinata dall'avvocato Arturo Umberto Meo: «Per le strutture pubbliche le prestazioni vengono pagate a piè di lista, mentre per i laboratori privati la remunerazione è a tariffa sulla base di costi standard. Se esiste un principio di parità tra pubblico e privato, anche il pubblico dev'essere attento ai costi». Un altro aspetto delle problematiche sollevato dalla sezione emiliano-romagnola è quello delle disparità di tariffe tra regioni a parità di prestazioni. Gillo Ampollini, responsabile Federlab locale, segnala: «Siamo fermi al tariffario Bindi, che quando venne adottato nel '96 era già stato abbattuto del 40% rispetto al '91». Quattordici anni durante i quali molta acqua è passata sotto i ponti, tra cui anche il passaggio dalla lira all'euro. I tetti nei budget regionali della sanità e

le relative ricalibrature impongono ai laboratori privati di rivedere il totale delle prestazioni in regime di convenzione sulla base di un nomenclatore tariffario regionale. Su questo aspetto Federlab vuole chiarezza, per comprendere se le esigenze di riduzione di spesa siano state indirizzate solo nei confronti delle risorse stanziati per gli operatori privati del settore. Per questo sono state avanzate richieste alle regioni per ottenere i dati riguardanti i centri di costo e i fattori produttivi in base ai quali vengono stabiliti i parametri per la remunerazione delle prestazioni effettuate dalle strutture pubbliche.

Le regioni Umbria e Toscana hanno risposto senza particolari indugi, indicando le pubblicazioni e le risorse su Internet dove estrapolare i dati richiesti. Diversa la situazione in Emilia-Romagna, dove è stato necessario un ricorso al Tribunale amministrativo regionale, che il 3 dicembre scorso ha sentenziato che la Regione deve fornire a Federlab i documenti richiesti.

L'avvocato Meo sottolinea che «La sentenza esecutiva e la regione Emilia-Romagna dovrebbe ottemperare alla richiesta». E dagli uffici regionali giungono segnali nella direzione indicata dal tribunale.

Un altro punto dolente della situazione è dovuta alla modifica apportata al sistema di accreditamento presso il Ssn, che ha declassato dei laboratori privati a semplici luoghi dove effettuare i prelievi. Come segnala Ampollini, «in alcune province le strutture convenzionate sono utilizzate esclusivamente come punti prelievo. Il sangue viene prelevato qui per poi

essere lavorato in strutture pubbliche. È molto diversa la situazione nelle Marche, dove l'assessore alla sanità Almerino Mezzolani, di fronte alla prospettiva di un prossimo pronunciamento del Tar, in calendario per il 24 febbraio, preferisce ammorbidire i termini della questione: «Credo che il vecchio contenzioso e i provvedimenti al Tar possano essere superati grazie agli ultimi accordi con le rappresentanze degli operatori privati. Dopo una lunga trattativa, la regione ha stanziato risorse che in parte compensano la loro richiesta di 1,5 milioni di euro per lo sfioramento dei budget, rispetto alle prestazioni fornite, degli ultimi 3-4 anni. La rinegoziazione è stata contestuale a un percorso di riqualificazione della rete, che abbiamo chiesto venga assecondato dagli operatori: si andrà verso un accorpamento delle strutture, in quanto quelle pubbliche forniscono già una buona risposta».



## DATI DI SPESA LABORATORI PUBBLICI

Sono già cinque le Regioni, in cui il T.A.R. ha accolto il ricorso di FederLab Italia per l'accesso agli Atti

In Abruzzo, Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana e Veneto, il Tribunale Amministrativo Regionale ha accolto il ricorso proposto da FederLab Italia per l'accesso ai dati di spesa riguardanti i laboratori di analisi a gestione statale, ovvero pubblici. I Collegi Giudicanti hanno evidenziato, tra l'altro, che la recente Legge n° 15 del 04.03.2009 (c.d. Legge Brunetta), sulla trasparenza in materia di strutture e di personale nella P.A., dispone che la trasparenza deve essere intesa «come accessibilità totale delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione delle Pubbliche Amministrazioni, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse dei risultati delle attività». Le Regioni dovranno ora fornire a FederLab Italia i dati richiesti.

## Efficienza ed economicità come elementi del sistema per metterlo nelle condizioni dello sviluppo



Davanti ad una platea di oltre 400 partecipanti all'incontro di Marzo dell'assemblea regionale di FederLab Campania, il presidente, Vincenzo D'Anna ha ribadito "la necessità della riorganizzazione della Rete dei laboratori come un momento di crescita dell'intero settore. Uno sviluppo - ha proseguito D'Anna - che non può avvenire, se continuano a mantenersi situazioni in cui esistono laboratori con volume di prestazioni al di sotto della soglia minima di efficienza. E' necessario fissare in modo chiaro le capacità operative - ha ribadito il presidente - come presidio della qualità. Noi stiamo assecondando la trasformazione e vogliamo che sul mercato restino solo coloro che posseggono i requisiti minimi previsti e che si introducano i settori

specializzati". D'Anna ha anche ricordato che "non sono i Laboratori ad essere centri di spesa, per cui riducendo le tariffe si riducono i laboratori e i costi conseguenti. Così come pensare di introdurre la razionalizzazione attraverso i tetti di spesa per strutture - ha affermato D'Anna - è un'iniquità, perché comprime il volume di prestazioni all'interno di un tetto basato sullo storico. Noi siamo - ha concluso D'Anna - per i tetti di branca e soprattutto per un sano e lucido governo della domanda di prestazioni".

Intervento di Sergio Crispino, presidente AIOP Campania

## "In Campania abbiamo bisogno di una politica sanitaria vera"



"Da diversi mesi l'AIOP Campania ha intensificato la sua azione per denunciare la confusione che regna nella situazione ospedaliera e nei rapporti tra ospedalità pubblica e privata in Regione".

"Intanto - dice Crispino - chiariamo subito che non esiste una sanità pubblica, virtuosa a prescindere, ed una convenzionata, ancillare e che pensa solamente al profitto. Esistono eccellenze e specificità dall'una e dall'altra parte. Il problema reale - continua Crispino - è, invece, che, in mancanza di una politica sanitaria regionale, di una politica sanitaria vera, non solo regnano

la confusione e il caos, ma aumenta in maniera sempre più vertiginosa il livello della spesa sanitaria, con gli effetti che sono sotto gli occhi di tutti. Fino ad oggi - afferma Crispino - si è fatta solamente una politica conservativa del pubblico, non è stato varato un piano organico di integrazione dei servizi in rete e tutto questo con il forte pregiudizio di vedere il lato privato dell'ospedalità come un nemico e non, invece, come una risorsa. Una visione, che poi dà origine a scelte politiche, inaccettabili per la nostra storia, per la professionalità del nostro personale sanitario, dei nostri medici e per il ruolo che l'ospedalità privata svolge nel territorio. La realtà - aggiunge Crispino - è che la sanità dovrebbe essere una sola: quella efficiente e di qualità, non importa se nel convenzionato o nel pubblico.

Noi dell'AIOP Campania portiamo, invece, avanti con tenacia la battaglia per affermare il principio dell'integrazione pubblico/privato, perché solo con una salda integrazione tra le due parti, tra le competenze e le specializzazioni sia del pubblico che del privato, è possibile migliorare il servizio e l'assistenza al cittadino, risparmiare quote rilevanti di spesa sanitaria, soddisfare l'esigenza dei cittadini, valorizzare al meglio le eccellenze sia del privato che del pubblico ed evitare anche piaghe croniche come quelle dei viaggi esterni che alimentano costi esorbitanti. Ricordo - prosegue Crispino - che in Campania abbiamo una spesa annua di 300 milioni di euro per la mobilità passiva. In questa situazione il privato è una risorsa che può aiutare a riallocare, invece, investimenti e a riorganiz-

zare il presidio territoriale permettendo una migliore razionalizzazione ed efficienza dello stesso servizio pubblico. Nelle scelte finora compiute dalla politica regionale veniamo visti come un nemico e sull'ospedalità pubblica si abbatte un criterio organizzativo che è solo di tipo autoritativo ed economico. La verità è che è la parte pubblica a spendere di più per una scarsa organizzazione delle risorse pubbliche con l'aggravante che lo sfioramento dei tetti di spesa da parte del pubblico drena continuamente risorse e penalizza il privato. La Regione Campania ripeto ha bisogno di una politica sanitaria vera che vada incontro alla domanda di salute dei cittadini, che tuteli i loro diritti e sia efficiente nell'erogazione dei servizi essenziali.

Intervento di Stefano Caldoro, candidato PdL alla Presidenza della Regione Campania

## Il modello sanitario da costruire in Campania deve essere il modello delle certezze

Stefano Caldoro, candidato PdL alla Presidenza della Regione, è intervenuto all'Assemblea generale dei soci di FederLab-SBV Campania, lo scorso 22 febbraio, sottolineando che "il mondo della strutture sanitarie private sconta una grave situazione, che dipende da una responsabilità che è tutta della cattiva gestione politica degli ultimi anni.

Una gestione - ha proseguito Caldoro - che ha portato la sanità campana nel dramma di un disavanzo di 422 milioni di Euro, completamente fuori controllo. Le ASL non hanno la certificazione dei loro bilanci, unico caso in Italia, impedendo così la certificazione dei debiti e ritardando la certificazione del credito alle strutture sanitarie private. Se non c'è certezza dei conti e dei bilanci - ha precisato Caldoro - non si può lavorare.

Il compito, che si presenta per il futuro è quello dunque di saper governare la domanda e rivalutare il sistema della sanità con una pianificazione programmata. Il modello sanitario da costruire in Campania deve essere - ha ribadito Caldoro - il modello delle certezze. Solo in questo modo sarà possibile, per tutti, crescere e incrementare attività, personale, prestazioni e soprattutto qualità nell'erogazione del servizio sanitario. Un modello, che non vede il privato con pregiudizio e come un nemico, ma che si fonda sulla virtuosa competitività tra pubblico e privato. Le strutture sanitarie private offrono un servizio pubblico di alto valore strategico - ha concluso Caldoro - e non è certo osteggiandole e tagliando le tariffe delle prestazioni erogate, che si risolvono i problemi di uno sfascio le cui radici sono lontane".



## STANDARD & POOR'S: RATING REGIONE CAMPANIA AL RIBASSO

Il motivo del giudizio negativo della nota agenzia sta nell'aumento del debito nei confronti dei fornitori sanitari. Un aumento "che potrebbe portare a tensioni strutturali sul fronte della liquidità, sia per la Regione che per le aziende sanitarie". Standard & Poor's rileva che "l'amministrazione sta provando a risolvere il problema, spingendo le aziende sanitarie a negoziare i termini di pagamento con i fornitori ed è probabile che la regione decida di sostenere linee di credito a breve a favore delle aziende sanitarie per alleggerire la tensione sulla

liquidità". Ma tutto questo potrebbe non bastare a risolvere i problemi strutturali, che hanno causato l'impennata del debito sanitario. E se la politica di riduzione del debito non dovesse produrre risultati tangibili entro il prossimo anno, l'agenzia non esclude la possibilità di abbassare il rating. Intanto la Regione Campania ha ottenuto dal Governo un aiuto di 80 milioni per risanare la sanità. Un terzo di quello previsto, perché il debito non è ancora rientrato nei parametri stabiliti.

## Regione Campania. Tetti di Spesa anno 2010. Esaurimento volumi di prestazioni I trimestre

FederLab-SBV ha sollecitato il Sub Commissario alla Sanità della Regione Campania, Giuseppe Zuccatelli, ad adottare provvedimenti per evitare il blocco delle attività, in particolare la sospensione dell'erogazione di prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, a causa del raggiungimento dei limiti indicati nel contratto valido nel I trimestre 2010.

Il Sub Commissario, per evitare il blocco delle attività, predisporrà, a breve, un apposito Decreto mediante il quale sarà disposto che le prestazioni specialistiche erogate oltre la data di esaurimento dei volumi di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa saranno compensate dai volumi di prestazioni e dai correlati limiti di spesa, determinati ed indicati nello schema di contratto definitivo, ovvero annuale, per l'anno 2010.

## Regione Sicilia: La Ristrutturazione della rete dei Laboratori e la politica del Giano bifronte

**In Regione Sicilia il disegno di ristrutturazione della rete dei laboratori sta assumendo contorni paradossali.**

Da una parte l'Assessore alla Sanità, Massimo Russo, firma e sostiene in pubblico il Decreto, che determina la soglia minima di efficienza e prepara il cammino verso l'aggregazione delle microstrutture, discutendo con i rappresentanti di FederLab Italia le condizioni di attuazione e i termini della capacità operativa delle strutture stesse, dall'altra nega quanto fatto e detto e dichiara apertamente, come avvenuto di recente nella Sesta Commissione dell'Assemblea Regionale Siciliana, che il Decreto, da lui stesso firmato, è in realtà inattuabile.

Non viene posta alcuna soglia minima di efficienza e la situazione, che si presenterà, sarà quella improvvida del "laissez faire laissez passer", per cui chi vorrà aggregarsi lo potrà fare, chi vorrà, invece rimanere e reiterare la propria condizione di microstruttura laboratoriale sarà libero di farlo. Anzi, saranno i nuovi consorzi di strutture di laboratorio, quelli a cui saranno applicate le nuove regole della soglia minima di efficienza, di capacità operativa e di requisiti minimi. In Sicilia, con dubbia accortezza, si sta preparando la strada alla confusione, all'arbitrio e, in poche parole, alla malasanità.

"E' evidente che l'Assessore Russo - ha ribadito Vincenzo D'Anna, presidente di FederLab Italia, intervenuto, alcuni giorni fa, a Catania, all'Assemblea generale dei soci siciliani - sta conducendo una strategia politica rischiosa, sostenuta dalla doppiezza del Giano bifronte, dimenticando, o meglio volutamente omettendo, anche in disprezzo delle indicazioni legislative nazionali, il cui rispetto è stato più volte sottolineato dai nostri rappresentanti regionali, che solo la riorganizzazione della rete dei laboratori, per soglia minima di efficienza e per tetto di branca, è l'unica strada, che può permettere non solo il miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni laboratoriali, ma accelerare la spinta, senza dubbio salutare, a motivare ancor di più tutte quelle strutture laboratoriali, che già produttive e animate da forte iniziativa imprenditoriale, sono in grado di garantire capacità operative e di specializzazione e quindi di efficienza per la buona sanità. L'Assessore Russo - ha sottolineato D'Anna - dimentica che il Decreto di attuazione della soglia minima di efficienza, stabilita, dopo gli incontri con i

rappresentanti regionali di FederLab Italia, in una quota iniziale di 50mila prestazioni annuali, non è altro che la giusta e logica conseguenza di quanto previsto dai diversi interventi legislativi di questi ultimi anni. E' obbligo, soprattutto per le Regioni attualmente commissariate, mettere mano alla razionalizzazione della rete dei laboratori, conditio sine qua non, per rivedere in aumento il tariffario nazionale, che, come è noto, da quasi un decennio, è fermo e non corrisponde più ai costi reali delle prestazioni laboratoriali. E' questo poi quanto condiviso, di recente - ha chiarito D'Anna - con lo stesso Ministro



Fazio, che ha pubblicamente riconosciuto, con soddisfazione, di essere giunto ad un accordo con i vertici di FederLab Italia, che prevede proprio l'aumento del tariffario nazionale delle prestazioni, a condizione che si faccia massa critica sulle strutture dei microlaboratori. L'Assessore Russo, invece, con sprezzo degli accordi e disprezzo della Legge, in oblio alla sua cultura di magistrato, dimentica che è l'ottemperanza alla Legge a creare le condizioni stesse della moralità in uno stato che si dice democratico e non la politica del nascondimento, cui stiamo assistendo, e della mancanza di assunzione chiara e nitida di responsabilità, sacrificata ai giochi di controllo politico e di clientela. L'Assessore Russo non rispettando gli obblighi di Legge e lo stesso Decreto, da lui firmato un anno fa, porta le strutture di laboratorio

in una situazione di paralisi, provocando nelle stesse una situazione di incertezza e confusione.

Le logiche di ricatto politico, cui l'Assessore Russo risponde - ha affermato D'Anna - sono quelle di coloro che rifiutano la riorganizzazione della rete delle strutture di laboratorio per mantenere in vita un sistema di prebende e piccoli guadagni, che penalizza la condizione di sviluppo e crescita delle migliori forze imprenditoriali della nostra categoria. Un comportamento dunque censurabile e irresponsabile, anche perché le logiche di razionalizzazione della spesa, che sostengono l'azione del

Ministero, non offrono alcuna alternativa: o la riorganizzazione avverrà attraverso criteri di bieco economicismo, ripartendo la spesa per le strutture, oppure si andrà alla riorganizzazione della rete attraverso l'accreditamento di quelle strutture in grado di garantire la soglia minima prevista di prestazioni annuali e di possedere i requisiti di accreditamento stabiliti, aprendo la strada dell'aggregazione consortile per le microstrutture. Ed è sicuramente questa seconda opzione quella che noi appoggiamo - ha spiegato D'Anna - come unica possibile per migliorare il livello di efficienza e qualità delle prestazioni a vantaggio del servizio del Sistema sanitario. E' il caso che si comprenda - ha spiegato D'Anna - che non è possibile che in Sicilia si facciano scelte che sono contraddittorie con quanto stabilito sul territorio nazionale e che qualunque tentativo di fermare la trasformazione in direzione aggregante dei laboratori è prima di tutto un danno per l'intera categoria.

E allora - ha concluso D'Anna - è necessario che l'Assessore Russo decida se ritirare il Decreto, sacrificando agli interessi politici il comparto delle strutture di laboratorio, o se sostenere il processo di trasformazione del servizio sanitario verso la qualità e l'efficienza, continuando nel cammino, che lo ha contraddistinto all'inizio del suo mandato".



### FEDERLAB REGIONI

## Regione Sicilia: Tetti di Spesa anno 2010. Prioritario il riordino del comparto di laboratorio

**Si è tenuto, nei giorni scorsi, l'incontro con i Tecnici dell'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia, convocato per l'individuazione dei criteri e delle modalità di determinazione della programmazione sanitaria per l'anno 2010.**

Diamo di seguito la lettura del documento redatto da FederLab Sicilia: Il fondo economico disponibile per il corrente anno, determinato in un unico ammontare sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate, è quello individuato per l'anno 2009 incrementato dell'1% e calcolato per l'intero territorio regionale per ciascuna branca specialistica.

Nell'ambito e nei limiti della suindicata disponibilità economica saranno programmati i volumi e le tipologie di prestazioni erogabili per ciascuna branca specialistica definiti su base regionale e, successivamente, ripartiti alle singole Aziende Sanitarie Provinciali. I Tecnici dell'Assessorato alla Sanità, accogliendo le sollecitazioni più volte

formulate nel corso degli anni da FederLab Sicilia, hanno manifestato l'intenzione di ripartire il fondo regionale disponibile individuato per branca specialistica alle singole Aziende Sanitarie Provinciali secondo il criterio di assegnazione per quota pro capite. Una ripartizione, che sarà determinata dall'assegnazione, per ciascun cittadino della Regione Sicilia, di un identico volume di prestazione specialistica.

Tale criterio di ripartizione del fondo alle singole Aziende Sanitarie Provinciali determina l'uniformità e l'equa distribuzione delle risorse economiche disponibili in ragione della popolazione residente in ciascun ambito provinciale.

Per definire compiutamente la metodologia del riparto del fondo economico disponibile, saranno convocati Tavoli di concertazione separati per ciascuna delle aree di attività e/o branca specialistica assegnatarie del budget regionale. Per quanto concerne, infine, l'attuazione del Piano di Riorganizzazione della rete delle strutture di laboratorio e degli adeguamenti previsti in materia di requisiti organizzativi, strutturali, strumentali e di personale per la determinazione della Capacità

Operativa Massima (C.O.M.) delle singole strutture, FederLab Sicilia ha consegnato agli atti della riunione una nota scritta con la quale ha ribadito l'assoluta necessità di procedere alla razionalizzazione del comparto di laboratorio nell'ambito dei principi di legalità e di aderenza alla normativa regionale e nazionale vigente in materia di requisiti minimi ed ulteriori di qualità.

Nella considerazione che il mancato riordino del comparto di laboratorio - prosegue la nota di FederLab Sicilia - costituisce violazione agli obblighi imposti dal Piano di rientro dal debito della Regione Sicilia e può determinare l'intervento del Ministero della Salute con l'obbligo, per la Regione, di adottare il Nomenclatore Tariffario Ministeriale (Decreto Bindi) e la relativa drastica riduzione delle Tariffe di remunerazione, ovvero una riduzione di circa il 35% delle Tariffe attualmente vigenti in Regione Sicilia.

Una previsione, quest'ultima, da scongiurare assolutamente in quanto determinerebbe il fallimento di tutti i laboratori di analisi operanti sul territorio regionale.

## Lazio: Tetti di Spesa 2010. La Nota di Federlab Lazio al Sub-Commissario Morlacco

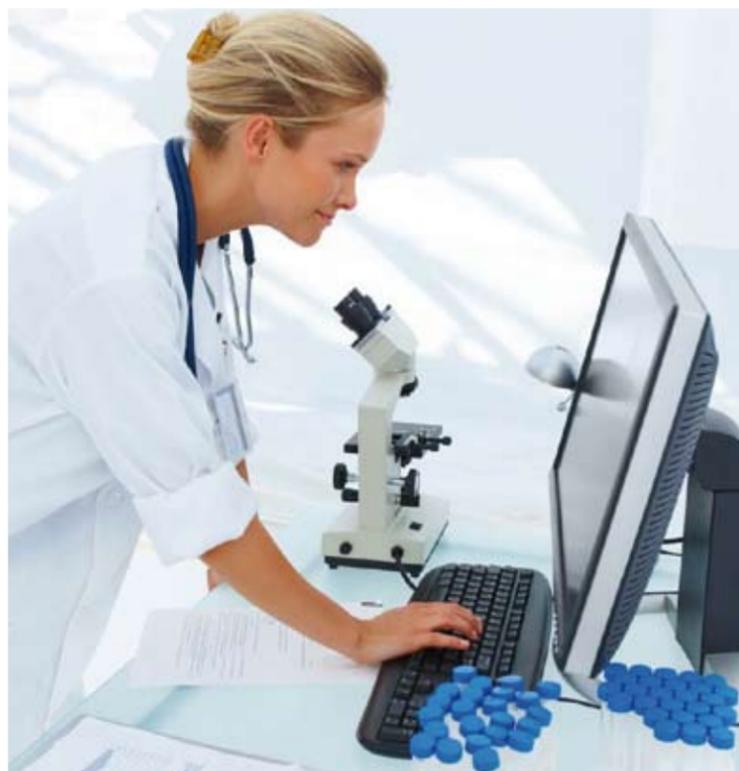
**Federlab Lazio, nella persona del suo presidente, ha inviato una nota ufficiale al Sub Commissario della Regione Lazio Mario Morlacco in cui viene decisamente chiesto di mantenere invariato, per il 2010, il budget dell'anno 2009.**

“Dopo un ragionevole intervallo di tempo di valutazione - recita la nota - dell'andamento anche in base all'applicazione di una quota di pagamento delle prestazioni di “codice bianco” e “codice verde” e di eventuale ticket aggiuntivo per gli esenti per patologia, se non fossero stati raggiunti gli obiettivi di risparmio, sarà valutato l'eventuale provvedimento. In ogni caso rifiutiamo categoricamente - continua la nota - l'ipotesi di una diminuzione delle tariffe di alcune prestazioni e qualunque ipotesi di abbattimento forfetario, senza che vi sia una rivalutazione del comparto nel suo insieme, anche attraverso l'attivazione dei tavoli tecnici sulla riorganizzazione della rete e dell'accreditamento istituzionale.

La nostra posizione - afferma la nota - deriva anche da altre considerazioni: riteniamo infatti che chiedere abbattimenti del budget in eguale misura ai laboratori, che subiscono il 20% di sconto, e alle altre specialistiche che scontano il 2%, sia inaccettabile.

Rinnoviamo la richiesta, reiterata nel corso degli ultimi due anni, che si verifichi il fabbisogno di prestazioni per ciascuna area di attività, ovvero per branca specialistica quale presupposto per la determinazione dei correlati limiti di spesa (Tetti di spesa) della Regione Lazio. Conseguentemente - prosegue la nota - chiediamo di separare i budget di spesa per branca specialistica con attribuzione di codici SIAS multipli alle strutture multidisciplinari al fine di superare la logica perversa ed immorale del budget per struttura ed appodare al budget di branca.

Chiediamo, inoltre, di rimuovere tutti i blocchi ed i vincoli ai trasferimenti e agli adeguamenti delle strutture, anche al fine di poter soddisfare eventuali esigenze del percorso di accreditamento. Chiediamo di prevedere la ripartizione dei budget non consumati a favore delle strutture che hanno superato il proprio tetto, e ciò a partire dal 2009. Chiediamo - conclude la nota - di rivedere le attribuzioni degli IRCCS privati che producono prestazioni, senza limiti di tipologia o di quantità, e che nulla hanno a che vedere con la finalità della ricerca”.



### Lazio: Percorsi inerenti l'Autorizzazione e l'Accreditamento delle strutture sanitarie. Convocate le Associazioni di Categoria.

Aderendo a quanto richiesto da FederLab Italia, anche a mezzo di apposita diffida legale, la Regione Lazio ha attivato il Tavolo di concertazione con le Associazioni di Categoria per definire i percorsi inerenti l'Autorizzazione e l'Accreditamento delle strutture sanitarie.

Per quanto concerne il Laboratorio di Analisi dovrà essere avviato e concluso il procedimento di verifica dei requisiti minimi strutturali, strumentali e di personale ai sensi del D.P.R. 14.01.1997 per il rinnovo del Decreto Sindacale di Autorizzazione all'esercizio delle attività contenente l'indicazione della tipologia organizzativa posseduta dal Laboratorio (settori specializzati annessi al laboratorio generale di base) e, successivamente, la verifica degli “ulteriori requisiti” organizzativi così come previsti dalla Legge Regionale n. 4/03 e dalla Delibera Regionale 636/07. Alla riunione, per conto di FederLab Italia, parteciperà anche l'Avv. Arturo Umberto Meo.

## Regione Lombardia. L'intervento del Presidente D'Anna all'assemblea dei soci

**Le cause della spesa sanitaria fuori controllo non sono provocate dai laboratori, ma dal comportamento dei medici, dalla logica della medicina difensiva, dalla mancanza colpevole di protocolli diagnostico-terapeutici, dalla pletera di gratuità. La struttura di laboratorio è, e rimane, un erogatore di prestazioni date da altri.**

“Non è possibile pensare - ha ribadito D'Anna - che si metta in discussione il compito umano, sociale e la professionalità delle nostre strutture, che continuano a sopperire al collasso del sistema sanitario pubblico. Rifiutiamo con forza la logica che vuole la trasformazione del laboratorio in una scatola che automaticamente dia prestazioni, o che venga ridotto a centro di prelievo, creando dei trust, come già avvenuto in Spagna e Germania, e credendo di ottenere, in questo modo, la massa critica per

far rientrare il livello della spesa. Per questi motivi, il problema della riorganizzazione della rete dei laboratori non è - ha spiegato D'Anna - un problema che riguarda solo le regioni del centro-sud, o quelle interessate dai piani di rientro, ma l'intero comparto nazionale. Per indirizzare più correttamente il disegno del Governo, FederLab Italia, durante i diversi incontri avuti con il Ministro - ha spiegato D'Anna - ha avanzato richieste improrogabili e che chiedono, prima di tutto, l'aumento delle tariffe, ferme da oltre dieci anni, e il calcolo dei tetti di spesa non per struttura, ma per branca. Principi che - ha sottolineato D'Anna - stabilirebbero all'interno del comparto anche i giusti equilibri, portando all'eliminazione, dal sistema della rete, degli elementi di ridondanza e di tutte quelle microstrutture, che non sono in grado di garantire qualità ed efficienza, cioè di quelle strutture di laboratorio, che svolgono improvvidamente la funzione di service, che sono prive dei decreti di accreditamento e che non possiedono la tipologia organizzativa minima

prevista. Prima di affrontare il taglio della spesa - ha affermato D'Anna - bisogna far rispettare le disposizioni di Legge, che non sono state decise ieri. Non si procede alla riorganizzazione della rete dei laboratori attraverso semplici criteri economicisti, ma solo partendo dal calcolo dei volumi e delle prestazioni, che servono all'utente, dai volumi di spesa coerenti con i bisogni e contrattualmente definiti e dalla determinazione della capacità operativa massima di ogni laboratorio. Imporre tetti di struttura, avulsi dal contesto - ha concluso D'Anna - vuol dire ingessare l'attività dei laboratori e impedire la loro crescita professionale e imprenditoriale”.



## Incontro dei soci con i rappresentanti di FederLab Italia



Scenario del tutto particolare in Veneto per le strutture di laboratorio. Se né è parlato la scorsa settimana, durante la riunione della neonata sezione regionale di FederLab Italia.

Da una parte la Regione Veneto rappresenta un contesto avanzato, dove sono già realizzati sul campo modelli di Rete di laboratorio che possono fungere da esempio nazionale. Dall'altra la presenza di un duro confronto tra strutture di

laboratorio e dirigenti delle ULSS e della Regione. “Tutto nasce dal fatto - ha detto Vinicio Lucidi, presidente di FederLab Veneto - che le aziende sanitarie locali hanno imposto la prosecuzione delle prestazioni di laboratorio alle strutture, anche se queste hanno esaurito, prima dello scadere dell'annualità, il volume di prestazioni stabilito dal contratto. Una situazione che si è resa possibile per la forte pressione esercitata dalle aziende sanitarie regionali, che agitano nei confronti delle strutture di laboratorio lo spettro della rescissione o meno del contratto. Un forte disagio è stata denunciato, nella recente assemblea, al rappresentante legale di FederLab Italia, Umberto Meo. “FederLab Italia - ha ribadito Meo - verificherà la liceità o meno di tali comportamenti, avviando, se necessario, azioni legali ad hoc”. Da censurare il comportamento dei rappresentanti di Confindustria Veneto per l'area sanitaria per gli accordi sottoscritti a tutto svantaggio delle strutture di laboratorio, per cui i rappresentanti delle strutture di laboratorio, aderenti a Confindustria Veneto area sanitaria, abbandoneranno la stessa per iscriversi solo a FederLab Italia, ritenuta l'unica e vera rappresentante del comparto.



La medicina di laboratorio come importante strumento di diagnosi

## La flussocitometria applicata alla diagnosi delle farmacosensibilizzazioni per prevenire le farmaco-anafilassi.

**L'Agenzia Italiana del farmaco (Aifa) fa il punto sull'andamento della farmacovigilanza: aumentano in Italia le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci. Il ricorso al ricovero per testare farmaci in vivo può causare pericolose sensibilizzazioni diagnostiche.**



A cura di Giovanni Tringali, direttore scientifico dell'Istituto I.R.M.A. di Acireale.

L'AIFA (Agenzia Italiana sul Farmaco) ha istituito un nuovo bollettino pubblicato on line sul sito dell'Agenzia intitolato 'Rea' dalle prime tre lettere del termine "reazioni". A livello regionale nel 2006 gli aumenti più consistenti di segnalazioni reazioni avverse a farmaci si sono registrate in Lombardia con un più 38,5% (1.786 segnalazioni contro le 1.290 del 2005) e soprattutto in Toscana con un più 112,9% (807 segnalazioni contro le 379 del 2005). Anche il Molise ha fatto registrare un raddoppio (+100%), ma il numero di segnalazioni resta ancora esiguo, passando dalle 3 del 2005 alle 6 del 2006. In Puglia si è registrato un incremento del 56,2% con 261 segnalazioni rispetto alle 167 del 2005 ed in Campania del 34,5% con 191 reazioni segnalate rispetto alle 142 dell'anno precedente. Nelle altre regioni, invece, il numero è rimasto pressoché invariato oppure

è addirittura diminuito, come, ad esempio, in Valle d'Aosta (-63,6%) dove le segnalazioni nel 2005 erano 11 contro le 4 del 2006; in Sardegna con -40,7% (da 209 a 172); nelle Marche (-38,8%, da 170 a 104); in Friuli Venezia Giulia con un calo del 29,6% (186 segnalazioni nel 2005 contro le 131 del 2006). Il 2006 registra comunque un risultato positivo nelle segnalazioni delle reazioni avverse ai farmaci pervenute alla rete nazionale di farmacovigilanza, con un aumento, nel 2006, del 14,7% rispetto al 2005. Un dato doppiamente positivo perché, con 6.551 segnalazioni, l'anno appena trascorso totalizza il numero più alto registrato dal 2002, anno in cui le segnalazioni sono state ben 9.401. La segnalazione degli effetti collaterali dei medicinali costituisce un buon "modus operandi" degli operatori sanitari che rimane, però, nelle diverse regioni italiane, ancora con molte "zone d'ombra". In Sicilia, per esempio, non è ancora molto sentito il problema delle segnalazioni delle ADR (Adverse Drug Reaction). Secondo i dati riportati sul bollettino dell'Aifa a segnalare più di frequente le ADR, - sono i medici ospedalieri con il 42% delle segnalazioni, seguiti dai medici di famiglia (22%), dagli specialisti (17%), da altre figure professionali (10%), da farmacisti (4%) e pediatri di libera scelta (4%). Nel commentare i dati annuali, gli esperti, pur sottolineando il fatto negativo che solo poche regioni abbiano segnalato adeguatamente, fanno notare però che queste sono le regioni "che hanno attivato iniziative importanti nella farmacovigilanza e questo, secondo l'Aifa, dimostra come iniziative adeguate permettano di ottenere buoni risultati. Anche se il numero di segnalazioni non raggiunge ancora gli standard previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità" ...siamo comunque sulla buona strada. Occorre tuttavia, scoraggiare il ricorso all'ospedalizzazione per l'effettuazione dei test in vivo con farmaci in quanto queste, oltre a indurre pericolose farmacoanafilassi, possono sensibilizzare il paziente. Ancora una volta la Medicina di Laboratorio con il suo concorso al

77% delle decisioni cliniche viene incontro alla diagnosi sotto tale profilo è meglio potenziare sul territorio le metodiche diagnostiche ufficialmente riconosciute valide per la diagnosi delle farmaco-reattività. Un esame appropriato in questo senso è la ricerca flussocitometrica dei marcatori di attivazione cellulare: CD63 per le reattività granulo associate nelle quali viene ad essere liberata istamina e CD203c per le reattività membrana-derivate le quali danno luogo ai mediatori flogistici della cosiddetta cascata dell'acido arachidonico di membrana come, ad esempio, i leucotrieni e le prostaglandine. Infatti, come detto sopra, il saggio di farmaci in vivo può causare pericolose e subdole sensibilizzazioni diagnostiche che all'assunzione del farmaco, risultato negativo allorché saggiato direttamente sul soggetto, può indurre alla successiva somministrazione un episodio di farmaco-anafilassi che qualora dovesse malauguratamente provocare il decesso del paziente comporterà per il medico l'assunzione di responsabilità civili e penali. I principi scientifici del metodo flussocitometrico sono i seguenti. I basofili/mastociti attivati dalla molecola farmacologica o dall'eventuale eccipiente vengono evidenziati attraverso l'identificazione citofluorimetrica con anticorpi monoclonali di proteine lisosomiali (CD 63) espresse sulla membrana dei basofili a seguito del processo di degranolazione che rilascia i mediatori preformati della flogosi allergica (istamina, triptasi, ecc...). Con la stessa tecnologia si possono evidenziare altri marcatori di attivazione come ad esempio il CD203c oppure il CD123. L'esame ha un'importante valenza diagnostica in quanto la stessa cinetica reattiva interessa anche i mastociti, perché queste cellule, così come i basofili, sono provvisti di recettori Fc-epsilon-RI, la cui attivazione causa l'immunoflogosi allergica compresa l'anafilassi farmaco-indotta. Il metodo consente quindi di diagnosticare le ipersensibilità allergiche e non allergiche.

prescindendo dalla causa che li determina (IgE, IgG, anafilossine da attivazione del complemento, ecc...). Ad oggi esso costituisce un efficace strumento diagnostico riconosciuto valido dalla comunità scientifica anche perché provvisto di marchio CE-IVD per evidenziare i soggetti farmaco-sensibilizzati in modo affidabile, ripetibile e quasi sempre concordante con l'anamnesi di ADR. Nel caso in cui non vi dovesse essere concordanza con l'anamnesi spesso la farmacoreazione è stata indotta da eccipienti (che è fortemente consigliato saggiare) oppure il prelievo è stato effettuato dopo molti anni dall'episodio farmacoreattivo. Infatti, l'esame flussocitometrico è consigliato che venga effettuato entro 3 - 12 settimane dall'episodio avverso anche se è possibile effettuarlo al di fuori di questo intervallo temporale ottimale interpretando, in caso di negatività, in modo appropriato il dato analitico sempre tenendo conto del dato anamnestico.

I marcatori di reattività cellulare utilizzati nei test flussocitometrici sono:

- **CD63** è un marcatore di degranolazione tipico della reattività cellulare granulo-associata che generalmente è sempre di una certa gravità perché libera in tempi brevi (entro un'ora dall'assunzione del farmaco) i mediatori preformati che danno origine alla farmacoanafilassi. Il processo di degranolazione che libera istamina ed altri mediatori viene dimostrato dall'esposizione sulla membrana dei mastociti/basofili della proteina lisosomiale gp53 a seguito della fusione del lisosoma con essa;
- **CD203c** è un marcatore di attivazione di membrana del basofili/mastociti in quanto costituisce l'ectonucleotide pirofosfatasi fosfodiesterasi-3 (E-NPP3);

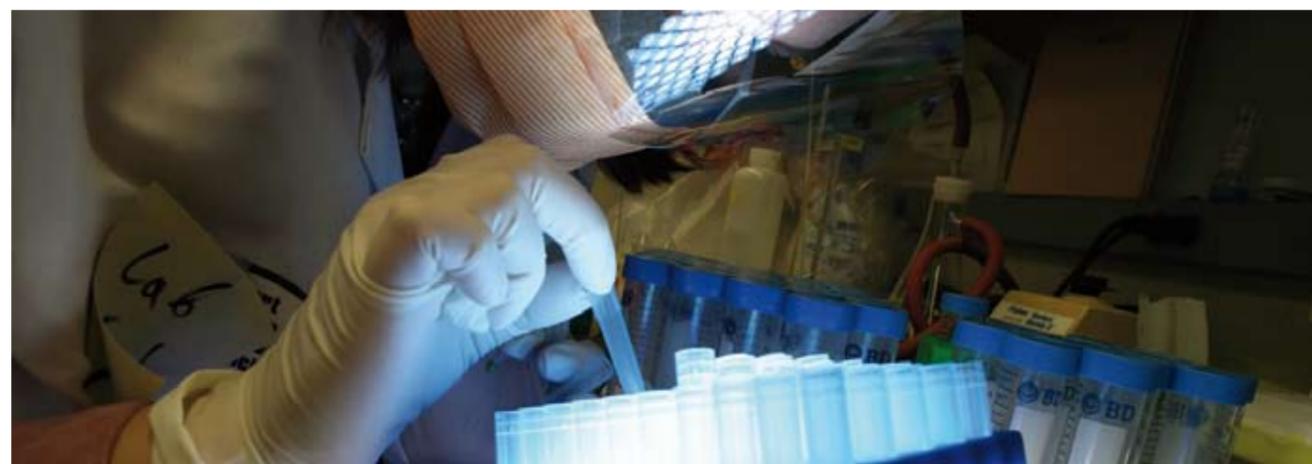
- **CCR3** è il recettore per l'eotassina espresso costitutivamente dai basofili e dagli eosinofili. Un suo incremento può essere coinvolto nella migrazione di queste cellule verso i siti di flogosi durante la reazione allergica;
  - Il **CRTH2**, conosciuto come molecola omologa al Recettore Chemoattraente, è un recettore della Prostaglandina 2 (PGD2), noto mediatore della flogosi. Il suo incremento può essere coinvolto nell'attivazione della risposta immune di tipo umorale e nell'allergia. I vari marcatori hanno significati differenti e quindi si può avere positività anche ad uno solo di essi essendo ciò sufficiente a classificare il paziente sensibilizzato alla sostanza testata.
- In conclusione la ricerca del CD63 e del CD203c sui basofili stimolati con farmaci, per le basi scientifiche e la loro affidabilità, sensibilità e riproducibilità hanno ottenuto il marchio di approvazione CE-IVD della Unione Europea e sono stati quindi validati per uso diagnostico in vitro. Va, comunque, rilevato che, sebbene l'emivita delle IgE adese sia maggiore di quella delle IgE libere, essa può variare tra individui e per sostanze diverse ed è in ogni caso limitata: tali test, eseguiti ad una certa distanza di tempo dall'ultima esposizione al farmaco si possono, dunque, nel tempo negativizzare. In questi casi, si consiglia di evitare comunque i farmaci positivi all'anamnesi, di approfondire, eventualmente, con test diagnostici per le reazioni allergiche ritardate (oltre 1 ora) con il test flussocitometrico di stimolazione dei linfociti e di adottare, in mancanza di alternative terapeutiche e, salvo controindicazioni specifiche, un protocollo di prevenzione delle farmaco-anafilassi quale quello sotto riportato:

#### Protocollo standard

Farmaco	Dose	Periodo di Somministrazione
Prednisone	50 mg/os	13 ore prima dell'intervento
Prednisone	50 mg/os	7 ore prima dell'intervento
Prednisone	50 mg/os	1 ora prima dell'intervento
Clorfenamina maleato	10 mg/i.m.	1 ora prima dell'intervento

#### Protocollo rapido

Farmaco	Dose	Periodo di Somministrazione
Idrocortisone	200 mg/e.v.	Immediatamente prima dell'intervento
Clorfenamina maleato	10 mg/i.m.	Immediatamente prima dell'intervento



#### COMPARAZIONE TRA LA STIMOLAZIONE IN VIVO ED IL METODO FLUSSOCITOMETRICO IN VITRO.

<b>Al paziente ricoverato</b> si inietta il farmaco e si osserva la reazione durante un ricovero di 3 giorni per singolo farmaco. Se compare shock anafilattico si interviene immediatamente. Il paziente in questo modo viene considerato una sorta di "cavia".	<b>Si testa il farmaco sulle cellule</b> del sangue mediante un prelievo senza necessità di ricovero con la possibilità di valutare simultaneamente numerosi farmaci. Si tratta di un test di stimolazione cellulare.
<b>Pericoloso:</b> la somministrazione di farmaci può sensibilizzare il soggetto (sensibilizzazione diagnostica). In questo caso anche se l'esame è negativo si può avere farmaco-anafilassi.	<b>Sicuro:</b> l'esame viene effettuato in citoflussometria su cellule del sangue e non viene somministrato nessun farmaco di prova sulla persona. Pertanto, non si può avere sensibilizzazione diagnostica.
<b>Disagevole:</b> generalmente 3 giornate di ricovero per ogni farmaco con perdita di giornate lavorative.	<b>Comodo:</b> un semplice prelievo ematico e quindi nessuna perdita di giornate lavorative.
<b>Costosa</b> per il S.S.R. (una giornata di degenza costa in media circa 600€. L'esame costa quindi al S.S.R. oltre 1500€ per singolo farmaco) circa 10 volte in più del testo flussocitometrico.	<b>Economico</b> (la tariffa media dell'esame non supera i 60 € a farmaco).
<b>Non sempre affidabile:</b> a causa della sensibilizzazione diagnostica non si può avere la certezza assoluta anche perché il più delle volte non si conosce in che modo il farmaco induce anafilassi.	<b>Affidabile:</b> l'esame è provvisto di marchio CE-IVD e quindi è autorizzato a scopo diagnostico in vitro. I marcatori di attivazione si conoscono e sono CD63, CD203c, CCR-3, CRTh2. L'esame è altamente ripetibile.
<b>Non si possono saggiare</b> i singoli eccipienti.	<b>Si possono saggiare</b> anche i singoli eccipienti.

#### Riferimenti bibliografici di base

1. Sainte-Laudy, J, et al. [Analysis of membrane expression of the CD63 human basophil activation marker. Applications to allergic diagnosis]. *Allerg Immunol (Paris)* 26, 211-4. (1994).
2. Sabbah, A and Sainte-Laudy, J. Flow Cytometry applied to the analysis of Lymphocyte and Basophil activation. *ACI International* 8, 116-9 (1996).
3. Sanz, ML, et al. Flow cytometric basophil activation test by detection of CD63 expression in patients with immediate type reactions to betalactam antibiotics. *Clin Exp Allergy* 32, 277-86. (2002).
4. DeWeck, AL and Sanz, ML. Flow cytometric cellular allergen stimulation Test (FAST/Flow-CAST): technical and clinical evaluation of a new diagnostic test in allergy and pseudo-allergy. *ACI International* 14, 204-215 (2002).
5. Gamboa, P et al. The flow-cytometric determination of basophil activation induced aspirin and other non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) is useful for in vitro diagnosis of the NSAIDs hypersensitivity syndrome. *Clin Exp Allergy* 34, 1448-57 (2004)
6. Uguccioni, M., C. R. Mackay, et al.. "High expression of the chemokine receptor CCR3 in human blood basophils. Role in activation by eotaxin, MCP-4, and other chemokines." *J Clin Invest* 100(5): 1137-43 (1997)
7. Ducrest, S., F. Meier, et al. (2005). "Flowcytometric analysis of basophil counts in human blood and inaccuracy of hematology analyzers." *Allergy* 60(11): 1446-50.

Per eventuali comunicazioni: [www.irmabiosistema.it](http://www.irmabiosistema.it) oppure 095-7685411



#### No alla Farmacia come sede di prelievo di campione di sangue

Le Associazioni di Categoria FederLab Italia, FederAnisap e le Società Scientifiche rappresentate dalla FISMELAB hanno sollevato la questione riguardante l'esecuzione di analisi di laboratorio presso le Farmacie. Il Ministero della Salute ha chiarito che i Decreti Attuativi assogneranno al farmacista il solo compito di assistere il paziente per il corretto uso dei test utilizzabili per l'auto-controllo. Al farmacista sarà riconosciuta una retribuzione per l'assistenza prestata al paziente e nessuna remunerazione è prevista per il costo del test eseguito in auto-diagnosi ai fini dell'auto-controllo. Le Associazioni di Categoria hanno chiesto di poter espletare, nei laboratori di analisi autonomi e/o nei Centri Prelievo delle strutture consortili, le funzioni destinate alle Farmacie per l'Assistenza ai pazienti.

#### Le Strutture afferenti al Centro Diagnostico Cernaia (C.D.C. S.p.a.) aderiscono a FederLab Italia.

Le strutture di laboratorio afferenti al Centro Diagnostico Cernaia (C.D.C. S.p.a.) hanno chiesto di essere ammesse al Coordinamento Nazionale delle Associazioni di Categoria aderenti a FederLab Italia.



## Situazione delle Regioni in Piano di rientro dal deficit sanitario

Nei giorni 23 e 24 marzo 2010 si è tenuta presso il Ministero dell'economia e delle finanze una sessione di verifica con le Regioni impegnate nei Piani di rientro potenzialmente interessate all'applicazione della nuova disposizione normativa (scaturita da quanto previsto dal nuovo Patto per la salute) relativa alla possibilità, straordinariamente concessa a queste Regioni, di utilizzare i fondi FAS per ripianare eventuali disavanzi di gestione 2009, in modo da poter evitare il ricorso ad un ulteriore inasprimento dell'aliquota regionale IRPEF e della maggiorazione regionale IRAP. Tale verifica ha riguardato le regioni Calabria, Lazio, Molise e Campania.

Sono state anche verificate le regioni Sicilia e Sardegna, interessate però solo alla verifica finale del loro Piano di rientro 2007-2009.

I risultati dettagliati di tali verifiche saranno resi disponibili nei prossimi giorni. In attesa di tali risultanze il Ministero della salute ritiene di dover evidenziare alcune linee di tendenza.

### RICORSO AI FONDI FAS PER RIPIANARE I DISAVANZI 2009

Le Regioni interessate a tale ricorso sono risultate essere la Calabria, il Lazio, la Campania ed il Molise

### CALABRIA

La Regione presenta per l'anno 2009 un risultato di gestione negativo di circa 120 ml di euro che, tenendo conto del ribaltamento su tale anno dei risultati negativi degli anni precedenti 2006, 2007 e 2008, porta ad un complessivo disavanzo 2009 di circa 1.000 mln di euro. In questa situazione, non essendo pausibile l'ipotesi di rinvenire nel bilancio regionale altre risorse, bisognerà ricorrere ai Fondi FAS per circa 1.000 milioni di euro per assicurare la necessaria copertura senza la quale scatterebbe il

forte inasprimento della fiscalità regionale aggiuntiva. Per quanto attiene all'andamento del Piano di rientro, si sono registrati ritardi, in particolare per la riorganizzazione della rete ospedaliera e il controllo della spesa farmaceutica e un'incompleta adozione dei provvedimenti previsti alle relative scadenze, compresa la regolarizzazione di alcune situazioni atipiche come quella della Fondazione Tommaso Campanella.

### LAZIO

La Regione per l'anno 2009 presenta un risultato di gestione negativo di circa 1.400 mln di euro, che, sommato al trascinarsi di una perdita 2008 di circa 180 mln., porta ad un totale di disavanzo da coprire di circa 1.600 mln di euro, che, dopo le coperture straordinarie derivanti

dalla fiscalità aggiuntiva regionale e dal fondo transitorio e da risorse regionali, comporta un disavanzo di gestione 2009 di circa 420 mln di euro. Non essendo plausibile l'ipotesi di rinvenire nel bilancio regionale altre risorse, bisognerà ricorrere ai Fondi FAS per circa 420 milioni di euro per assicurare la necessaria copertura senza la quale scatterebbe il forte inasprimento della fiscalità regionale aggiuntiva. Relativamente alla complessiva verifica di attuazione del PdR è emerso che la gestione commissariale governativa ha messo in essere una serie di positive iniziative che ha portato ad una migliorata capacità di gestione del complesso servizio sanitario regionale. Grazie a questa gestione è stato possibile erogare una quota di 70 milioni di euro (pari a circa il 10% del totale erogabile). Rimangono tuttavia da sciogliere ed affrontare sul piano operativo i principali nodi strutturali che

riguardano le grandi tematiche: protocolli d'intesa con le Università, la mancata contrattualizzazione delle prestazioni e delle funzioni erogate dagli ospedali classificati e dagli IRCCS privati, la riorganizzazione della rete ospedaliera, il ritardo che si registra nel processo di accreditamento definitivo.

### MOLISE

La Regione per l'anno 2009 presenta un risultato di gestione negativo al IV trimestre di circa 80 mln di euro, che sommato al trascinarsi di una perdita 2008 di circa 30 mln., porta ad un totale di disavanzo da coprire di circa 110 mln di euro che, dopo le coperture straordinarie derivanti dalla fiscalità aggiuntiva regionale e dal fondo transitorio, comporta un disavanzo di gestione 2009 di circa 67 mln di euro. Non essendo plausibile l'ipotesi di rinvenire nel bilancio regionale altre risorse, bisognerà ricorrere ai Fondi FAS per circa 67 milioni di euro per assicurare la necessaria copertura senza la quale scatterebbe il forte inasprimento della fiscalità regionale aggiuntiva. Relativamente alla complessiva verifica di attuazione del PdR è emerso che la Regione non risulta aver adottato i provvedimenti di risanamento del SSR, in particolare per la mancata adozione dell'atto aziendale, la mancata riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, per la gestione dei rapporti con l'IRCCS Neuromed e Cattolica, per la riorganizzazione della rete laboratoristica.

### CAMPANIA

La Regione per l'anno 2009 presenta un risultato di gestione negativo di circa 770 mln di euro, che sommato al trascinarsi di una perdita 2008 di circa 223 mln., porta ad un totale di disavanzo da coprire di circa 1.000 mln di euro che, dopo le coperture straordinarie derivanti dalla fiscalità aggiuntiva regionale e dal

fondo transitorio, comporta un disavanzo di gestione 2009 di circa 500 mln di euro. Ciò significa, che essendo non plausibile l'ipotesi di rinvenire nel bilancio regionale altre risorse, bisognerà ricorrere ai Fondi FAS per circa 500 milioni di euro per assicurare la necessaria copertura senza la quale scatterebbe il forte inasprimento della fiscalità regionale aggiuntiva. Per quanto attiene all'andamento del Piano di rientro, si è registrata la conferma dei ritardi che hanno portato al commissariamento della Regione. Si registrano ritardi nella riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete laboratoristica, della rete territoriale, nella stesura dei protocolli d'intesa con le università. Una cospicua serie di provvedimenti adottati dalla gestione commissariale Commissario nei mesi di febbraio e marzo non sono ritenuti valutabili in questa sessione in quanto trasmessi solo poche ore prima della riunione di verifica.

### VERIFICHE FINALI DEI PIANI DI RIENTRO

Erano interessate la Sicilia e la Sardegna.

### SICILIA

La Regione per l'anno 2009 presenta come risultato di gestione, dopo le coperture straordinarie derivanti dalla fiscalità aggiuntiva regionale e dal fondo transitorio, un avanzo di gestione di circa 26 ml di euro. L'esito della riunione di verifica con la Regione Siciliana è risultato parzialmente positivo in ordine alle prescrizioni indicate nei verbali delle precedenti sedute di verifica, relativamente alle scadenze del 31 luglio e del 30 settembre. Ciò ha consentito di prospettare la erogabilità di 445 mln di euro di quote premiali, mentre restano da erogare circa 500 mln di euro. Relativamente alla complessiva verifica di attuazione del PdR si è convenuto che la Regione ha

messo in essere vari provvedimenti per il risanamento del SSR (in particolare per la riorganizzazione della rete ospedaliera, per il potenziamento della risposta territoriale e per la riorganizzazione del sistema 118) Tali interventi per quanto giudicati efficaci nella loro impostazione, sono ancora solo molto parzialmente realizzati. Pertanto il PdR non può considerarsi pienamente attuato. La Regione ha chiesto, grazie ad una apposita norma legislativa nazionale da emanarsi, di poter prorogare i tempi di attuazione e completamento del PdR mettendo in evidenza che lo stesso è partito con un anno e mezzo di ritardo dalla formalizzazione dell'Accordo, solo dopo l'insediamento della nuova Giunta.

### SARDEGNA

La verifica annuale ha dato esito negativo. Tavolo e Comitato hanno valutato che la Regione Sardegna dopo aver presentato a consuntivo 2008 un disavanzo non coperto di circa 75 mln di euro, ha presentato al IV trimestre un disavanzo non coperto di circa 225 mln di euro per l'anno 2009. La Regione ha comunicato di aver disposto una adeguata manovra di bilancio per assicurare la necessaria copertura. La Regione non risulta aver adottato i provvedimenti di risanamento del SSR, in particolare per la riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, della razionalizzazione dell'acquisto dei beni e servizi. Pertanto la verifica di questa sessione, che si è configurata come ultima verifica sul piano di rientro, non è stata positiva. La Regione per poter accedere all'ulteriore tranche dei finanziamenti non erogato dovrebbe, entro la fine dell'anno 2010, dar seguito a quanto previsto nel Piano di rientro, in particolare promuovendo il risanamento del SSR in quei settori da razionalizzare, come la rete ospedaliera e territoriale, l'acquisto di beni e servizi e di prestazioni da privato, la spesa farmaceutica.



FEDERLAB LATEST NEWS

Il Ministro Fazio risponde ai quesiti posti da FederLab Calabria.

## Piani di Riorganizzazione della rete ed aggiornamento Tariffe di remunerazione.

*Nel corso di un incontro, tenutosi a Crotone, lo scorso 23 marzo, il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio ha risposto ai quesiti posti da Franco Di Pietro, presidente di FederLab Calabria, in ordine all'attuazione dei Piani di Riorganizzazione della rete e dell'aggiornamento delle Tariffe di remunerazione.*

Le domande rivolte sono state focalizzate in particolare sull'individuazione:

- della modalità attuazione del Documento licenziato di recente dal Ministero sui criteri per la Riorganizzazione della rete delle strutture di Laboratorio”, in merito anche al fatto che la Regione Sicilia, pur adottando il Piano di Riorganizzazione, ha disatteso l'applicazione della soglia minima di efficienza, dichiarandola per bocca del suo assessore alla Sanità, volontaria e non obbligatoria.
- della data di insediamento del Tavolo Tecnico per la determinazione dei “costi standard” di produzione e delle relative Tariffe di remunerazione per le prestazioni di laboratorio, una volta determinata la “tipologia standard” delle strutture di laboratorio

Il Ministro ha risposto esprimendo soddisfazione per l'attività propositiva di FederLab Italia in seno al Tavolo Ministeriale, che ha consentito, tra l'altro, di ridurre le originarie previsioni sulla dimensione della soglia minima di efficienza formulata dalle Società Scientifiche riunite nella FISMELAB (300.00 prestazioni/anno), aggiungendo che

- il Documento licenziato è definitivo ed il Tavolo di lavoro sciolto;
- la soglia di efficienza è ritenuta indispensabile per determinare la massa critica minimale in grado di garantire l'efficienza della struttura e l'efficacia delle prestazioni erogate;
- il Documento sarà adottato dalla Conferenza Stato-Regioni e rappresenterà il paradigma per valutare i finanziamenti alle Regioni e la griglia di valutazione per l'attuazione dei Piani di rientro dal debito;
- le Tariffe di remunerazione saranno velocemente determinate, per dar vita al nuovo Nomenclatore Tariffario, che sarà vigente in tutte le Regioni, in sostituzione dei Nomenclatori Tariffari Regionali.



tutti  
i colori  
della  
sanità

Ogni settimana i fatti,  
le notizie, le persone,  
i documenti

**PANORAMA**  
DELLA **Sanità**  
Settimanale di informazione e documentazione sanitaria

**OFFERTA SPECIALE per tutti gli associati FEDERLAB**

€ 120,00 anziché ~~€ 170,00~~

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

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

SOTTOSCRIVO L'ABBONAMENTO ANNUALE A PANORAMA DELLA SANITÀ, AL PREZZO SPECIALE PER GLI ASSOCIATI FEDERLAB DI EURO 120,00

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Ente di appartenenza \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_ Servizio \_\_\_\_\_

Indirizzo sede di lavoro \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

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

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

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

autorizzazione all'addebito su carta di credito  CartaSi  Visa  Mastercard

n.

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

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

Inviare la cedola a: Edizioni Panorama della Sanità Tel. 065911662 Fax 065917809 - [www.panoramasanita.it](http://www.panoramasanita.it)

**federlab**  
ITALIA

FEDERLAB - RIVISTA UFFICIALE DEI LABORATORI ITALIANI

DIRETTORE RESPONSABILE: VINCENZO D'ANNA - [direttorefederlabitalia@gmail.com](mailto:direttorefederlabitalia@gmail.com)

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: Via Del Corso, 42 - 00186 ROMA Tel. e Fax 06 32651139 [redazionefederlabitalia@gmail.com](mailto:redazionefederlabitalia@gmail.com)

EDITORE: FEDERLAB ITALIA - [www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com) [info@federlabitalia.com](mailto:info@federlabitalia.com)

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

STAMPA TIPOGRAFICA A CURA DI MUST COMMUNICATION