



# Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI  
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
Ufficio IV - Analisi e gestione finanziaria, controllo e budget  
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

N. ....

Risposta al Foglio del.....

All. N°



ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA'  
DELLA REGIONE CALABRIA  
VIA BUCCARELLI, 30  
88100 CATANZARO

ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA'  
DELLA REGIONE PIEMONTE  
CORSO REGINA MARGHERITA, 153 bis  
10122 TORINO

ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA'  
DELLA REGIONE PUGLIA  
VIA CADUTI DI TUTTE LE GUERRE, 7  
70100 BARI

**Oggetto: Applicazione articoli 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo 502/92 e s.m.i. in materia di accreditamento e accordi contrattuali con le strutture di diagnostica di laboratorio.**

Come noto, il recente provvedimento "mille proroghe" di cui al decreto-legge n. 225/10 convertito nella legge 10/11 ha previsto, all'articolo 2, comma 35, che per le regioni che non abbiano completato entro il 1° gennaio 2011 l'**accreditamento definitivo** previsto dall'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i., possano procedere ad "*adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2013 cessino gli accreditamenti provvisori di tutte le altre strutture sanitarie e socio-sanitarie private, nonché degli stabilimenti termali come individuati dalla legge 24 ottobre 2000, n. 323, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992*".

Nelle more della definizione da parte di codeste regioni del processo di accreditamento istituzionale definitivo, si ritiene di fornire a codeste regioni impegnate nell'attuazione dei piani di rientro sottoscritti con il Governo, ed in particolare in materia di riorganizzazione della rete dei laboratori e di razionalizzazione della spesa di diagnostica di laboratorio, alcuni elementi utili per la determinazione del fabbisogno assistenziale di settore che rappresenta uno strumento basilare di programmazione regionale.

In materia di riorganizzazione della rete di offerta di diagnostica dei laboratori, appare innanzitutto necessario invitare codeste regioni ad ispirarsi a quanto previsto nel documento del Ministero della Salute contenente "**Criteria di riorganizzazione dei servizi di medicina di laboratorio nel Servizio Sanitario Nazionale**", sottoposto all'Intesa della Conferenza Stato-Regioni nella prossima seduta del 24 marzo p.v.

Il predetto documento, pur essendo adottato nel rispetto del principio che i livelli di erogazione di prestazioni in campo di medicina di laboratorio debbano essere adeguati ai mutamenti demografici determinati dall'invecchiamento della popolazione, all'esigenza di diminuire il ricovero ospedaliero, favorendo la deospedalizzazione, nonché alla garanzia di sopravvivenza di portatori di patologie croniche altamente inabilitanti, risponde all'esigenza di orientare le regioni a pervenire progressivamente ad un risanamento del settore, attraverso:

- a) l'accorpamento delle strutture, per meglio garantire la qualità delle prestazioni erogate;
- b) l'individuazione di punti prelievo, tali da rendere prossimale al cittadino l'offerta della diagnostica di laboratorio;

- c) il perseguimento di sistemi in rete da realizzarsi mediante il sistema del "service di laboratorio", indispensabile per coniugare efficienza a qualità e a sicurezza per l'utente.

Appare, poi, opportuno che codeste regioni, in merito ai criteri da adottarsi per la determinazione dei limiti, entro i quali sia possibile accreditare volumi di prestazioni e tetti di spesa, nel rispetto del fabbisogno programmato, si ispirino anche alle esperienze positive già maturate da altre regioni tali da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate.

Si fa riferimento, per esempio, all'esperienza già maturata in materia dalla Regione Campania, che, peraltro, si è resa disponibile anche ad un confronto con le restanti regioni per descrivere le modalità adottate in sede locale di fissazione dei tetti di spesa per macro area, branca e/o tipologia omogenea di prestazioni (si vedano in proposito le delibere di Giunta regionale n.1272 del 28 marzo 2003, 517 del 30 marzo 2007, 1268 del 24 luglio 2008 e 1269 del 16 luglio 2009), evidenziando i seguenti vantaggi rispetto alla fissazione dei tetti di spesa per strutture:

- I. l'ammontare economico è determinato dalla preventiva valutazione e programmazione del fabbisogno di prestazioni e, quindi, la Regione acquista quel che le occorre per i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) e ne determina la spesa;
- II. nei limiti imposti a ciascuna struttura erogatrice (Capacità Operativa e vincoli contrattuali) è garantita la libera scelta dell'utente e la concorrenza tra strutture erogatrici, nonché l'interesse per queste ultime di migliorare l'offerta assistenziale con l'implementazione dei requisiti tecnologici;
- III. il monitoraggio e controllo della spesa è dinamico ed è determinato con cadenza bimestrale da Tavoli Tecnici presso le Aziende Sanitarie con la contestuale informativa alle strutture appartenenti alla medesima branca dei consumi e del rispetto dei limiti contrattuali;
- IV. il sistema non produce extra budget: all'esaurimento del volume di prestazioni e della correlata spesa tutte le strutture interrompono l'erogazione per l'esaurimento dei volumi di branca specialistica contrattualizzati.

Sulla base dell'esperienza campana, tale sistema garantisce al cittadino la libertà di scelta e consente alla regione di monitorare in maniera più dinamica il raggiungimento dei tetti previsti, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato; il sistema, peraltro, assicura un'efficace competizione tra le strutture accreditate pur dando luogo - in alcuni casi - a fenomeni di accaparramento delle quote di mercato da parte delle strutture accreditate e di precoce esaurimento dei limiti di spesa, che tuttavia può essere costantemente monitorato dalla regione stessa, al fine di mettere in atto sistemi di regressione tariffaria tesi a ripristinare il programmato livello di spesa.

Sulla base di quanto fin qui esposto e nel presupposto che le regioni in indirizzo debbano intensificare le azioni necessarie per riorganizzare la rete e razionalizzare la relativa spesa, si ritiene che le stesse possano tener conto degli elementi fin qui forniti al fine di rafforzare l'attività di programmazione della regione ed evitare che siano gli erogatori i soggetti ad imporre l'offerta, in termini numerici e di capacità produttiva, al di fuori della compatibilità di sistema ed in maniera completamente svincolata dalla programmazione medesima e dai contenuti dei contratti stipulati ex articolo 8-quinquies del decreto legislativo 502/92 e s.m.i.

Francesco Bevere  
Direttore Generale

