

Camminiamo insieme

EDITORIALE



Il vestito di Arlecchino

► Vincenzo D'Anna*

Viviamo il tempo della globalizzazione, quello che conduce tutte le umane attività ad una dimensione universale ed ogni cosa tende ad orizzonti più vasti ed unitari. Il mondo della sanità non può sfuggire a questa regola della modernità, ad un contesto in cui l'evoluzione sociale indica la sempre maggiore necessità di aggregare gli strumenti ed i saperi. Il mondo della Sanità privata accreditata è anch'esso obbligato a misurarsi con gli eventi sopraindicati, a ricercare un comune denominatore che porti al superamento del frazionismo regionale. Una variegata quantità di norme e di leggi regionali ha trasformato il sistema sanitario nel vestito di Arlecchino; ogni regione, in nome del principio di autonomia e di sussidiarietà, ha ritenuto di poter realizzare un proprio peculiare modello organizzativo. I livelli minimi d'assistenza indicati dal legislatore nazionale hanno certamente rappresentato la garanzia che ogni cittadino riceva quanto necessario per la tutela della propria salute e tuttavia ancora esistono sperequazioni, ritardi ed inefficienze che penalizzano alcuni cittadini rispetto ad altri. Sperequazioni aggravate dall'enorme mole del debito sanitario, prodotto nell'ambito pubblico ma che minaccia, paradossalmente, la sopravvivenza di alcuni ambiti della sanità privata. Ad essere minacciati sono soprattutto i settori mal rappresentati, i comparti e le discipline sanitarie poco garantite in quanto carenti di organizzazione ed adeguata tutela dei propri interessi. In particolare è sotto attacco il comparto della Medicina di laboratorio, mal considerato per ignoranza o malafede, vituperato da quanti preferiscono eludere la semplice evidenza dei numeri, ovvero sorvolare sul fatto che i Laboratori privati accreditati garantiscono, ovunque, efficienza e produttività. E tuttavia il sistema sanitario sempre più sommerso dal debito, produce sforzi titanici per lesinare risorse a quella parte del sistema che non produce né debito né costi per il mantenimento della rete di strutture. Da sempre privo di una rappresentanza unitaria il comparto dei laboratori di analisi ha sofferto, e tutt'ora soffre, di una scarsa rappresentazione dei propri interessi e delle proprie ragioni. Eppure, oltre la metà dell'intero volume di prestazioni specialistiche erogate dagli ambulatori appartiene alla medicina di laboratorio. Duemila laboratori privati accreditati garantiscono sul territorio nazionale una capillare ed efficiente rete in grado di erogare ogni anno, senza liste di attesa, tutte le prestazioni occorrenti per la diagnosi e la cura delle principali patologie. Un'analogia rete a gestione statale, produce poco meno di un terzo delle prestazioni

L'AGO DI COVINO

PANE, AMORE



E SANITÀ

Il TAR Lazio decreta l'annullamento del Nomenclatore Tariffario Ministeriale nella parte riguardante le tariffe di laboratorio

SENTENZE E COMMENTI A PAG. 9

del privato accreditato, con costi da tre ad otto volte superiori. Nonostante tale evidenza, varie disposizioni legislative perseguono lo scopo di limitare gli ambiti operativi dei laboratori privati, di ridurre considerevolmente il numero e di abbattere, oltre ogni reale possibilità, le tariffe per la remunerazione delle prestazioni. Si fa strada un "un miraggio" un'illusione ottica tendente ad indurre l'idea che dal comparto di laboratorio possano essere recuperate risorse per ripianare il debito, ovvero che forzata soppressione della rete privata a vantaggio dei megacentri, a gestione pubblica, sia capace di produrre significativi risparmi di spesa. Un'idea velleitaria che pretende di risanare un deficit di decine di miliardi d'euro lesinando su di una spesa che rappresenta meno del due per cento della spesa totale!! La dirigenza politica e burocratica insediata presso il Ministero della Salute tende ad imporre questa apodittica verità soprattutto alle Regioni indebitate, quelle succubi ed inermi, bisognose di soldi per ripianare il proprio debito. Il modello di rete proposto è quello già realizzato, prevalentemente, nella Regione Tosco-Emiliana, grandi strutture di cui si vagheggia l'efficienza e le produttività ma i cui costi nessuno ha mai completamente documentato; così come non documentate sono le ricadute in termini di benefici per gli Utenti. Di fronte a questo stato di cose non basta più organizzarsi a livello regionale, né fronteggiare in loco le volontà ostili dei legislatori. Oc-

corre edificare la casa comune dei laboratori italiani! È necessario, innanzi tutto, informare tempestivamente tutti gli operatori del settore, ribaltare la falsa dottrina messa in campo da nostri "avversari" con una cultura alternativa dell'erudizione e dell'informazione. Fronteggiare i detrattori delle strutture private, documentando gli sperperi e le disfunzioni dell'analogo comparto ambulatoriale pubblico, nonché le convenienze politico-clientelari che dietro quel comparto si alimentano è ormai imperativo categorico. Bisogna, infine, cancellare l'idea secondo la quale ognuno è autorizzato a pensare che si possano tutelare gli interessi della propria "bottega", senza alcuna sintonia con i più vasti interessi della categoria. È necessario abolire, ovunque, l'ingiustizia e l'iniquità dei tetti di spesa imposti per singola struttura e proporre una programmazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili con correlati limiti di spesa per branca specialistica. Realizzare un nuovo nomenclatore tariffario equo per tutte le branche specialistiche, sulla base delle corrette procedure di rilevazione dei costi previsti dalla legge. In sintesi, abbiamo bisogno d'essere presenti laddove si decidono le sorti e gli interessi dei laboratori di analisi, ovunque qualcuno abbia bisogno d'aiuto. Bisogna appendere al chiodo il vestito di Arlecchino.

*Presidente Federlab Italia

È finita la ricreazione

► Raffaele Balletta

La nascita e lo scopo di questo giornale dei laboratori italiani, trova la sua ragione d'essere nell'esercitare quella salivifica virtù civile, che gli antichi greci chiamavano "parresia" vale a dire, il parlare con franchezza al potere, perché, a quanto pare, la nostra speranza di essere un paese normale sembra destinata a non realizzarsi mai. Non è normale avere un quadro politico così incerto, fragile, precario da rischiare a giorni alterni, una crisi di governo; non è normale un clima così litigioso da rendere impossibile anche solo pensare che si possa avere qualche progetto di riforma seria e chiara. Parliamo dei nostri problemi, delle incognite della Sanità, ma ormai tutti dovrebbero essere convinti che questi sono fra i problemi più importanti e urgenti del Paese. Di Sanità, in tivù e nei media, se ne parla ormai ogni giorno per denunciare episodi di malasanità insopportabili, liste d'attesa chilometriche, comportamenti inadeguati, relazioni ormai compromesse. Ci si ferma e ci si scandalizza sui singoli fatti, ma si perde di vista l'insieme; non si considera la difficoltà e la fatica di sostenere un sistema sanitario che esigerebbe il coinvolgimento solidale e concreto di tutta la società e, in primo luogo, delle rappresentanze politiche che la governano. Il laboratorio d'analisi non è un luogo d'alieni, è solo il luogo in cui vengono al pettine più facilmente le deficienze e le fughe dalle responsabilità di un Sistema Sanitario senza padri e senza regole. Noi difendiamo la Sanità privata accreditata, questa sanità umiliata e offesa da troppe arroganze; noi difendiamo i tanti laboratori e i tanti professionisti che ogni giorno compiono con dignità e coraggio il loro faticoso lavoro intessuto di patrimonio di conoscenze e di valori. Ma, a chi stanno poi a cuore, oltre alla nostra categoria, conoscenza e valori? Eppure in un paese che aspira a mantenere posizioni di rilievo tra i paesi più industrializzati e competitivi, ...

Segue a pag. 2



AVIS CASALNUOVO

Via Benevento, 119 - Tel.: 081 522 80 70 - E-mail: info@aviscasalnuovo.it

Il Centro raccolta AVIS di Casalnuovo è aperto il Lunedì - Mercoledì - Venerdì dalle ore 8.30 alle 12.00.

Siamo presenti anche presso il centro commerciale "Le porte di Napoli" di Afragola.

Tutti i giorni!!





Accreditamento istituzionale e Federlabitalia

Ci sono le basi per un cambiamento di rotta

► di Giulio Jacaroni



Un momento della I Giornata di Formazione Federlab Italia, a Roma, e nella foto piccola Giulio Jacaroni

Il quadro attuale vede in Italia una diversità di modelli di riferimento tra Regione e Regione, ma l'obiettivo comune può riassumersi in una attenzione focalizzata sul paziente, un coinvolgimento diretto del personale ed una standardizzazione dei processi che costituiscono l'attività sanitaria. L'accREDITAMENTO si configura come un "sistema d'autoregolazione" in cui un'agenzia indipendente definisce e controlla gli standard di qualità delle strutture sanitarie coinvolte. È un processo attraverso il qua-

le le strutture autorizzate, pubbliche o private, ed i professionisti che ne fanno richiesta, acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale. L'accREDITAMENTO costituisce quindi, "un segmento, fondamentale e imprescindibile, all'interno del percorso che conduce all'instaurazione di un rapporto tra il soggetto che offre una prestazione sanitaria ed il S.S.R. che la acquista per conto del paziente; si tratta dunque, di un iter procedurale che cambia

lo stato del richiedente da soggetto autorizzato ad esercitare attività sanitarie, a soggetto idoneo a prestare tali attività per conto del S.S.R. e pertanto potenziale erogatore; solo in seguito il soggetto è abilitato, attraverso la stipula di precisi accordi contrattuali, a fornire prestazioni sanitarie a carico del S.S.R. La nascita negli Stati Uniti della Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) avvenuta nel 1951 è il primo passo verso la creazione di una organizzazione

indipendente e no-profit avente come fine primario quello di provvedere all'accREDITAMENTO volontario delle strutture sanitarie. Dal modello americano hanno tratto origine, mossi dagli stessi principi e con caratteristiche simili, sia i maggiori sistemi d'accREDITAMENTO come il Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), l'Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), che altre esperienze europee quali quelle spagnola e quella francese dove sono circa 4000 le strutture sanitarie, pubbliche e private, interessate dall'accREDITAMENTO (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - ANAES). Le finalità dell'accREDITAMENTO sono: assicurare l'idoneità e la qualità delle prestazioni sanitarie fornite ai cittadini che esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accREDITATI con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali o che abbiano comunque rapporti con il Servizio sanitario nazionale, garantire che le strutture siano dotate di strumenti e tecnologie appropriati, per quantità, qualità e funzionalità, alle prestazioni erogate ed adeguate condizioni di organizzazione interna e, adottare una politica di miglioramento continuo della qualità delle Strutture Sanitarie. Oltre a costituire uno strumento di garanzia per il soggetto pubblico che acquisisce la prestazione sanitaria per l'utente, l'accREDITAMENTO è quindi un mezzo per controllare e ratificare, attraverso modalità conosciute e trasparenti, il livello qualitativo delle prestazioni fornite. In

seguito al riassetto della rete dei laboratori pubblici imposta dalla Finanziaria 2007, le Regioni stanno stabilendo i criteri anche per la riorganizzazione della rete dei laboratori privati accREDITATI, per i quali è prevista una soglia minima di attività, ovvero un volume di attività espresso con il fattore "prestazioni/anno". La soglia critica del volume minimo può essere raggiunta perseguendo "logiche di consorzio". In tal senso la Federlabitalia sta valutando delle soluzioni concrete, da proporre agli organi Regionali, che da un lato portino all'organizzazione di una rete interaziendale di laboratori privati e dall'altro permettano di mantenere l'individualità delle strutture stesse. Sul fronte tecnico, grazie alla partnership con la Datatec Informatica, è già pronto il software gestionale (SQL SERVER based) che supporterà sia la connessione in rete fisica delle singole sedi utilizzando un service provider americano per garantire la sicurezza e l'af-

fidabilità del sistema, sia la "standardizzazione" dei processi coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari favorendo così la diagnostica basata sulle prove di efficacia. Ciò comporta dei costi che non sono certo compatibili con il vetusto tariffario Bindi. È necessario quindi che vi siano adeguate condizioni contrattuali che rendano compatibile lo scopo etico dell'acquirente (fornire assistenza), con quello dell'erogatore (realizzare un servizio di qualità). Federlabitalia esporrà nei prossimi mesi i risultati di uno studio ad-hoc commissionato al Prof. Antonello Zangrandi (SDA Bocconi) a riguardo dei costi della diagnostica di laboratorio nella Sanità Pubblica e Privata, comprensivo della formulazione di un nuovo ipotetico Nomenclatore Tariffario 2008. Mossi da entusiasmo, unione e determinazione, apriremo così un Tavolo Tecnico con gli Organi competenti che porterà rapidamente ad un miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale.

CONTINUA DALLA PRIMA

È finita la ricreazione

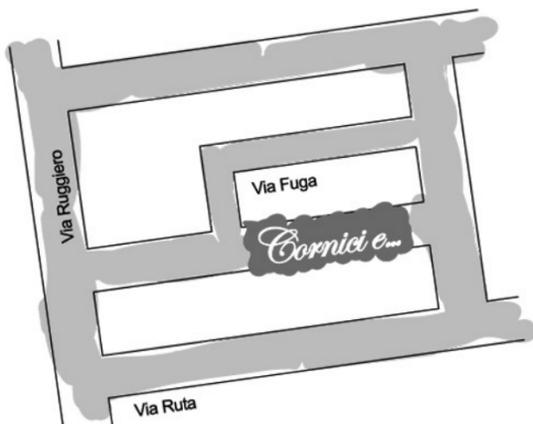
... lavorare per un Sistema Sanitario riformato ed efficiente, dovrebbe essere la priorità nazionale. Considerare i problemi della Sanità... come le chiavi essenziali dello sviluppo del sistema paese, dovrebbe connotare la coerente azione di un Governo e di un Parlamento impegnati, in maniera seria, decisa, organica, a fare seguiti fatti concreti e scelte pratiche ad alisonanti programmi elettorali, a facili dichiarazioni programmatiche o espressione d'interesse e d'intenti spesso demagogiche e velleitarie. Riconosciamo che qualche passo

si sta facendo, ma un cammino coerente per un processo riformatore complesso e condiviso dovrebbe passare necessariamente attraverso il confronto sociale e la concertazione con le categorie coinvolte. Invece la parossistica litigiosità fra le diverse forze politiche, la scarsa coesione che interessa la stessa compagine governativa, la non assunzione del principio superiore di un'etica della responsabilità, porta a trattare di Sanità Privata in modo marginale e inusuale. Ma da oggi, ci potete giurare, è finita la ricreazione.

Cornici e...

PRODUZIONE DI CORNICI SU MISURA DI QUALSIASI TIPO, STAMPE ANTICHE E MODERNE, VENTAGLIERE, TENDE, QUADRI AD OLIO ED ACQUERELLI, SERIGRAFIE, BOMBONIERE, PORCELLANE DI CAPODIMONTE, OGGETTI IN CRISTALLO ED IN ARGENTO, LAMPADE, MOBILI IN STILE, BRONZI, COMPLEMENTI D'ARREDO, SPECCHIERE E PRESEPI D'AUTORE

DOVE SIAMO



81100 CASERTA
Via F. Fuga, 70 - Parco dei Cedri, 2 - Tel. 0823 216190





La medicina di laboratorio al centro di significative trasformazioni

Impossibile ignorare l'impatto delle numerose innovazioni tecniche

▶ di Antonello Zangrandi

Il mondo della Medicina di Laboratorio è ancora una volta al centro di significative trasformazioni. Molte delle problematiche generate dalla riorganizzazione delle reti ospedaliere e dai vincoli di spesa si riversano a cascata sulla rete dei laboratori accelerando un'evoluzione che era forse inevitabile. E' impossibile ignorare l'impatto delle numerose innovazioni tecniche (che vanno dall'automazione delle analisi, alle nuove tecniche d'immunofluorescenza, alla maggiore diffusione dei test eseguibili in loco a costo contenuto -self testing).

Si potrebbe dimostrare l'esistenza di una corretta dialettica tra conservazione e razionalizzazione. Il taglio indiscriminato delle tariffe non sempre appare però il modo migliore per ricercare razionalità. I processi di cambiamento richiedono, come insegna la buona teoria, investimenti e tempi adeguati. Il timore degli operatori di fronte a questi cambiamenti non è solo in relazione ad una riduzione dei fatturati e quindi - nel medio periodo - anche del numero delle strutture d'offerta, ma anche la percezione di un messaggio di sfiducia generale sul ruolo che i laboratori hanno nel territorio. In un quadro di ricerca

di risparmi è stata ipotizzata e messa a punto - ben prima che in Italia - una strategia di riduzione dei costi basata su un modello di rete in cui, mentre le attività si accorpano e si concentrano (network locali), si decentrano i punti di prelievo e di "prima analisi" (POCT - point of care testing). In Italia, una realtà caratterizzata da un'alta frammentazione dell'offerta e da una netta divisione del mercato tra pubblico e privato (che è comunque assai diversa regione per regione), la spinta alla realizzazione di questo modello sta avvenendo più lentamente sotto la spinta dei criteri di accreditamento e del sistema tariffario. Si rivela quindi una strategia la cui natura è influenzata da ragionamenti politici ed amministrativi e non dal mercato.

Va aggiunto che sono diversi i punti critici non pienamente valutati. Un modello di razionalizzazione che si basa sull'aumento dei volumi trattati per singola unità di produzione - nel tentativo di abbassare i costi di produzione unitari - dovrebbe prevedere il rischio, che già si era manifestato in esperienze analoghe, che la riduzione



Il professor Antonello Zangrandi, durante l'ultimo meeting tenutosi a Roma

del costo unitario sia progressivamente bilanciata dall'aumento del numero di test eseguiti per ogni prelievo. E' indubbio che un modello di questo tipo spinga in definitiva ad espandere il "core business" ovvero tutti gli

esami che raggiungono un livello prossimo al margine di contribuzione. Dei POCT inoltre si conosce poco sia della qualità che dei costi. Poco si sa poi del costo e delle prospettive legate alle nuove tecniche diagnosti-

ROMA: Momenti del convegno



che. Non è quindi scontato che il tentativo di razionalizzazione dia gli esiti attesi, ma si rischia al contrario di danneggiare la qualità di un servizio che è d'enorme rilevanza per la salute. Fa fatica ad emergere (con qualche lodevole eccezione) - a livello di programmazione nazionale o regionale - un ragionamento di sistema che

dalla centralità del paziente (e quindi una valutazione della reale gamma di bisogni) permette un controllo coerente di costi e tariffe, che mettano il giusto accento sulla qualità (metodi di verifica dell'affidabilità e certificazione) per giungere infine ad una corretta valorizzazione delle professionalità.



DIRETTORE RESPONSABILE
RAFFAELE BALLETTA
direttorefederlabitalia@gmail.com

DIREZIONE, REDAZIONE,
AMMINISTRAZIONE
Via Del Corso, 42 - 00186 ROMA
Tel. e Fax 06 32651139
redazionefederlabitalia@gmail.com

EDITORE

FEDERLAB ITALIA
www.federlabitalia.com
info@federlabitalia.com

STAMPA

POLIGRAFICA RUGGIERO SRL
Zona industriale Pianordante Avellino,
Telefono 0825/628411

GRAFICA E IMPAGINAZIONE



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

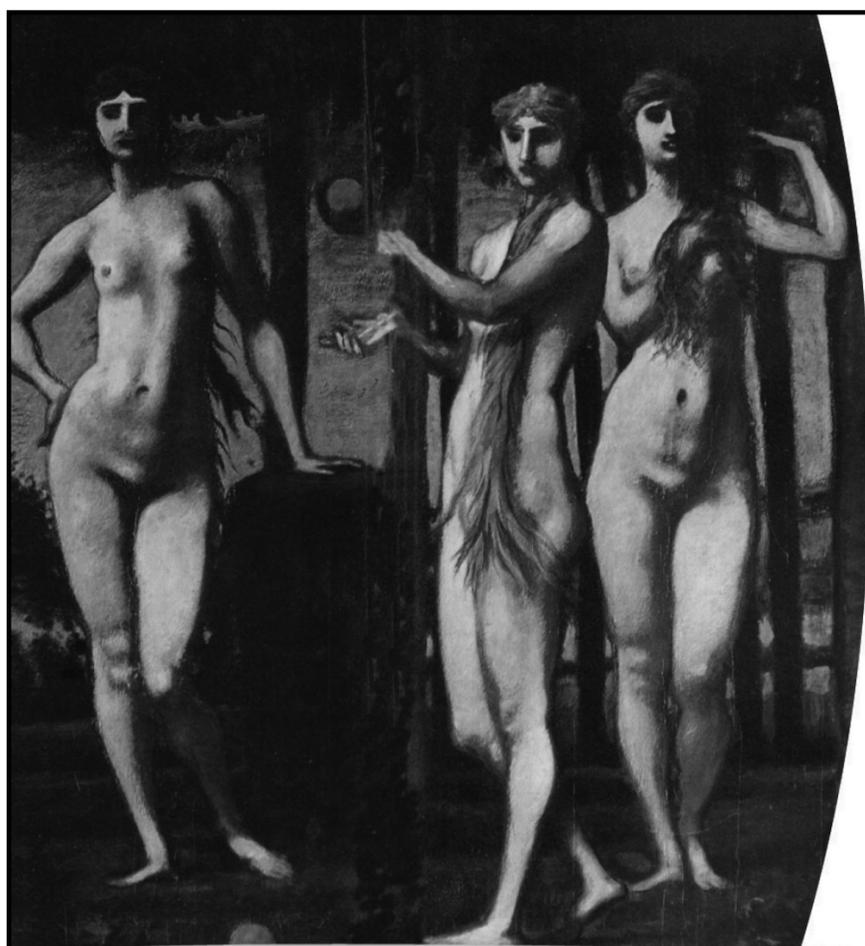
DISTRIBUZIONE
ABBONAMENTO POSTALE

CONCESSIONARIA
PUBBLICITARIA

RB COMUNICAZIONE
info@rbcom.it

Via Tescione, 81 - CASERTA
Tel. 0823 170 03 40 - 0823 43 27 00
Cell. 339 59 38 642
329 74 43 393 - 392 07 71 188

pubblicitafederlabitalia@gmail.com



A TAVOLA
PERDONEREI
CHIUNQUE,
ANCHE
I MIEI
PARENTI
(O. WILDE)

IL GIARDINO
DELLE ESPERIDI

L'ECCELLENZA DEL GUSTO

VIA ACQUASALSA - POMPEI (NA) - TEL. 081 85 02 130 - PRESSO L'USCITA AUTOSTRADA POMPEI - SCAFATI



TETTI DI SPESA PER STRUTTURA

Un'ingiustizia da cancellare

Migliaia i laboratori che patiscono l'annosa sopraffazione

► di Claudia Dello Iacovo

Sono migliaia le strutture di laboratorio che dal Nord al Sud del Belpaese patiscono un'antica ingiustizia e subiscono, impotenti, un'odiosa discriminazione. Tetti di Spesa, calcolati in capo alle singole Strutture sulla base dei fatturati prodotti dalle medesime nelle annualità precedenti, costituiscono un metodo per ingessare le attività produttive, elidere il libero mercato di concorrenza, vanificare la libera scelta della Struttura da parte del cittadino. Si tratta di un antico sistema di programmazione della spesa che trova concordi tanto i burocrati, intenti a adottare procedure sommarie di facile e comoda applicazione, tanto i titolari di grandi Strutture ambulatoriali, che risultano assegnatarie di un cospicuo Tetto di Spesa garantito e reiterato nel corso degli anni. Una convergenza d'interessi che, tutto sommato, lascia i ricchi liberi di essere ancora ricchi ed i poveri di rimanere tali!!

Non sfugge più a nessuno che la riconferma del metodo riguardante, l'assegnazione di Tetti di spesa in capo alle singole Strutture è uno strumento per garantire determinati blocchi d'interesse economico, quel segmento del comparto ambulatoriale che ambisce mantenere una supremazia economica e gestionale sulle altre Strutture. Una comoda eredità figlia alcune volte dei legami che saldano gli interessi politici a quelli economici. Cambiare è possibile, è stato già fatto in Campania, una Regione che seppur indebitata ha superato indenne il vaglio critico sia del Ministero dell'economia sia del Ministero della Salute. Una diversa impostazione metodologica che ben può essere riproposta nella restante parte d'Italia laddove la mole del debito sanitario viene utilizzata come argomento inoppugnabile per mantenere lo status quo, ovvero, il

sistema feudale che consegna alla burocrazia il diritto di decidere "a tavolino" della mole di attività che una Struttura può svolgere. In Campania il cambiamento è stato realizzato, con il placet dei Ministeri interessati

la corrispondente copertura economica. Per ciascuna branca specialistica è determinata la quantità di prestazioni erogabili ed il correlato limite di spesa; la Regione, poi, riassume il dato complessivo dei volumi da ero-



Un laboratorio di analisi privato accreditato

fin dall'anno 2003, il vecchio metodo è stato sostituito da un più articolato metodo di programmazione della spesa. Un metodo basato, essenzialmente, su di una preventiva valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche da erogare su base annua dalle Aziende Sanitarie locali e dai corrispondenti limiti di spesa determinati per ciascuna Branca di attività. Ogni Azienda sanitaria locale dichiara il volume delle prestazioni specialistiche erogabili sia dalle strutture pubbliche sia da quelle private, e richiede alla Regione

gare assegnando a ciascun'ASL un corrispettivo economico definito per Macro - area d'attività. Case di Cura, Riabilitazione, Specialistica ambulatoriale, rappresentano le tre Macro aree di riferimento e ciascun'Azienda sanitaria, riceve il corrispettivo economico per quelle attività. Un "Protocollo d'intesa" è concordato preventivamente con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la disciplina delle modalità, dei limiti e dei criteri a cui sono soggette le strutture erogatrici di prestazione.

Il "Protocollo d'intesa", contiene l'articolato attraverso il quale è disciplinata l'attività delle Strutture erogatrici e le regole per l'ordinata e corretta competizione tra tutte le Strutture. Ciascuna Struttura, dopo aver sottoscritto lo schema contrattuale, concorre liberamente con le altre Strutture della medesima Branca a consumare il volume di prestazioni disponibili nei limiti della spesa complessiva assegnata per l'erogazione dei volumi medesimi. Ciascuna Struttura è tenuta a rispettare i limiti indicati nel Contratto, posti a garanzia della corretta competizione. Regole semplici illustrate nel quadro sinottico qui di seguito riportato, controllate dal Tavolo tecnico ove è operata un'attenta verifica congiunta sia dall'Azienda sanitaria sia dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative in nome e per conto degli interessi diffusi di tutte le Strutture. Si tratta di una rivoluzione "copernicana" che sottrae alla burocrazia ogni possibilità discrezionale e conferisce alle Associazioni di categoria la possibilità di un controllo generalizzato e trasparente a tutto vantaggio dell'equità e della libertà d'impresa. Quanti nelle varie realtà regionali continuano a recitare il ritornello secondo il quale i Tetti di spesa sulle singole Strutture sono uno strumento imposto dalle direttive ministeriali, sanno di mentire, di propinare una teoria che in Campania è stata debellata con l'esplicita approvazione degli stessi censori ministeriali. Allora, semplicemente, si tratta di diffondere una nuova cultura, più aderente al sentimento di giustizia ed alle stesse leggi che impongono la programmazione del fabbisogno di prestazioni e non la burocratica determinazione di tetti meramente economici in capo alle Strutture.

SCIENZA

La regolazione della vita delle piastrine

► di Annamaria Sannino

I numerosi problemi che negli ultimi anni stanno attanagliando il mondo della Sanità Privata accreditata ed in particolar modo i laboratori d'analisi cliniche non devono assolutamente impedire a chi svolge con amore e passione la professione di biologo di allontanarsi definitivamente da quello che fu il leit motiv della propria scelta professionale, in altre parole, la ricerca scientifica. Ed è stato proprio il forte interesse scientifico a risvegliare l'attenzione su di un argomento trattato dall'autorevole rivista scientifica "Cell" che ha pubblicato un lavoro sui fini meccanismi che regolano la sopravvivenza delle piastrine. Fino a questo momento i ricercatori avevano osservato che trascorsi 10 giorni di vita nel sangue circolante, le piastrine andavano incontro ad autodistruzione, come se fossero dotate di un timer collegato ad una bomba. Questo studio, che ha quindi il merito di aver squarciato il velo sul processo di regolazione dell'apoptosi piastrinica, è partito dalla ricerca nei topi dei geni implicati nella regolazione del numero delle piastrine. Tutti i topi trattati con un determinato mutagene chimico, che induce un abbassamento del numero del-

le piastrine, sottoposti a screening genetico mostrano sempre una mutazione del gene Bcl-xl. Questo gene codifica esattamente per una proteina che protrae la vita delle piastrine, e che in vivo interagisce con la proteina Bak responsabile dell'attivazione della morte di queste cellule. La proteina Bcl xl è prodotta in forte concentrazione dalla piastrina giovane, che così non risente dell'effetto della sintesi della proteina Bak. Ma, con il trascorrere del tempo, diminuisce la produzione di Bcl xl, fino ad arrivare ad un valore tale da non riuscire più a controllare l'effetto della proteina Bak, che conduce la cellula alla distruzione. Le due proteine Bcl xl e Bak rappresentano quindi rispettivamente il timer e la bomba della piastrina, ed è intuitivo che processi indotti di regolazione dell'espressione di queste proteine potranno modificare l'emivita delle piastrine stesse. In futuro potranno essere approntati dei farmaci da utilizzare su pazienti al fine di abbassare il numero delle piastrine, come nei casi di predisposizione a malattie cardiovascolari; o al fine di prolungare la vita delle piastrine, come nei casi di pazienti che ne deficiavano.

anime in viaggio | âmes en voyage

annalisa martinisi

il nuovo doppio cd

i più famosi classici della canzone napoletana, riadattati, riarrangiati e tradotti in francese magistralmente interpretati da una incantevole voce

ascoltalo in anteprima su www.annalisamartinisi.it
o acquistalo presso i migliori music store
oppure prenotalo telefonando al numero 081 57 64 171



Il laboratorio di analisi tra le cure del Governo e gli interessi di parte

► di Corrado Marino

La preoccupazione preminente di questo Governo, per ciò che concerne la Sanità, sembra essere quella di salvare il salvabile, arginando la spesa derivata dalle prestazioni di laboratorio erogate dalle strutture private accreditate.

Sono state, infatti, eliminate le norme previste in finanziaria 2007 che prevedevano una partecipazione di 10 Euro/ricetta lasciando solo quella concernente lo sconto sulle tariffe di prestazioni erogate dai soli soggetti privati accreditati, norma che sembra peccare d'incostituzionalità, da applicare simultaneamente alla riorganizzazione della rete dei laboratori d'analisi.

Ci s'illude di ottenere risparmi, efficacia ed efficienza con l'adozione di una riorganizzazione della rete di laboratori, applicando al sistema Italia quanto organizzato in Emilia Romagna, di cui non è però ancora dato conoscere i veri costi, ma che di certo non ha contribuito alla diminuzione della domanda.

Si tentano di nascondere dietro un dito, ma solo a chi non vuol vedere, le enormità degli sprechi pubblici perpetrati non tanto nell'erogazione dei servizi propriamente detti, che assorbono solo il 30% circa del fondo sanitario, ma nella gestione politica della rete pubblica.

Credevamo che, dopo il crollo del muro di Berlino, e con la visione economica della sanità inserita nella logica del "quasi mercato" scaturente dalle leggi di riforma sanitaria che si sono succedute, 502, 517 e 299, si fosse definita, attraverso gli istituti dell'accreditamento e la conseguente libera scelta, l'uguaglianza tra le strutture pubbliche e private accreditate.

Ancora oggi, però, dobbiamo constatare che l'integralismo politico, inosservante anche dell'ultimo comma dell'art. 38 del-

la Costituzione che proclama libera l'assistenza privata, rimette in gioco il ruolo nel tempo guadagnato dal servizio privato, e ne fa il grande divoratore delle risorse economiche del Paese, mentre, al contrario, è solo colpevole di produrre prestazioni a minor costo i cui emolumenti, benché minimi nei confronti della spesa totale, scontano il peccato di distaccarsi dal Calderone gestito in ambito "pubblico".

E col pretesto del risanamento, volto a divorare anche queste quote di finanziamento, non si ha la dignità di adottare norme che cancellano il sistema privato sotto il profilo concettuale, ma si utilizzano forme perverse che portano all'auto eliminazione delle strutture attraverso l'adozione di tariffe non giuridiche e fuori mercato, tali da determinare la incapacità di impresa, difformemente alle norme costituzionali che difendono il diritto al lavoro e il diritto alla remuneratività.

Verrebbe da pensare ad una sorta di preordinata eliminazione economica che preservi però il diritto alla esistenza della sanità privata; ciò forse per consentire, nel prossimo futuro, liberato il territorio, a forme di cooperazione di cui sono ricche alcune regioni o, comunque, a forti concentrazioni di capitale, di intervenire quali soggetti privati in sostituzione dei precedenti se non addirittura anche in sostituzione degli stessi soggetti pubblici.

Oggi, per la relativa facilità di azione, ma in futuro prevediamo che avvenga anche per altre branche specialistiche, il bersaglio preferito è rappresentato dal comparto dei laboratori di analisi.

Pur essendo irrilevante, anzi addirittura "economica", la spesa che i laboratori producono a



Un laboratorio di analisi privato accreditato

fronte della capillare assistenza fornita, essi sono utilizzati dal legislatore di turno per dimostrare a sé stesso e alla soddisfazione integralista della conservatoria statalista, di avere bene operato per la soluzione dei mali di un sistema portato al collasso dalla sua stessa elefantiasi. Ma perché si inizia con il laboratorio?

I motivi che lo rendono vulnerabile sono probabilmente due, uno tecnologico e l'altro rappresentativo.

Se la visione del sistema elude l'umanizzazione dei rapporti con il cittadino e riduce i centri erogatori di servizi e di assistenza umana in fredde catene di montaggio dove si perde il rapporto e, con esso, il controllo del paziente, spersonalizzato in aridi dati, effettivamente la tec-

nologia potrebbe essere in grado di bypassare gran parte delle figure professionali addette al comparto, attraverso automatismi tanto spinti da robotizzare quasi tutto il "sistema laboratorio".

Ma, se si facesse una attenta valutazione dei costi, diretti, indiretti e sociali, di una siffatta organizzazione, essi risulterebbero senz'altro, come sempre, superiori ai costi della gestione della rete territoriale "privata" a fronte delle medesime prestazioni erogate, con umanità, professionalità e vantaggi sociali.

Il secondo motivo lo si legge nel totale abbandono del comparto, rappresentato, se fosse giusto tale termine, sempre in funzione di altre branche specialistiche, maggiormente produttive in termini di ricavi eco-

nomici e pertanto degne di più intense attenzioni.

Recente dimostrazione è l'accennata legge finanziaria del 2007 che contravvenendo all'uguaglianza tra strutture pubbliche e private accreditate, e instaurando un'illecita posizione dominante in un contesto economico, ha adottato "sconti" sul tariffario a carico esclusivamente delle strutture private.

Il fatto, poi, che tra esse lo

sti dai piani di rientro per le sole "strutture laboratoristiche private accreditate", pur essendo esse totalmente estranee a tale riorganizzazione.

Questa assurda genialità mina lo stato di diritto perché punire i laboratori privati per inadempimenti pubblici è come punire un qualsiasi cittadino per inadempimenti da altri compiute; mostra anche quanto infima sia la fiducia dello Stato nei confronti dei suoi servitori, di fatto

sconto sia stato enormemente differenziato, anche contro ogni motivo economico, giustifica l'ipotesi di una preordinata salvaguardia di altri comparti nei confronti del dio minore rappresentato dai laboratori di analisi. Mi chiedo se ai cittadini interessi di più perdere la capillarità della assistenza territoriale in nome di una riorganizzazione per una presunzione di risparmio o, invece, l'abbattimento dei tempi di attesa che, ad esempio nella regione Marche, sembra giungano a cinque anni per una RMN.

Il lampante accanimento contro questa branca specialistica si legge ancora nelle citate linee guida sulla riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica lì dove si prevedono, qualora le regioni non adottino il provvedimento, una serie di misure punitive tra le quali la riduzione del 20% dei tetti di spesa previ-

sospettati, in caso di non adozione del progetto, di collusioni o quant'altro con i laboratori privati.

Solo così si può spiegare il loro coinvolgimento nell'articolato elenco punitivo, ed è triste perché rivela la pochezza della progettualità di chi dovrebbe invece ripensare la sanità adottando misure efficaci e moderne, scovre soprattutto da condizionamenti dettati da preconcetti politici e di parte. Tutto ciò mostra quanto è stato rilevante e imprescindibile costruire sul territorio italiano un'Associazione d'esclusiva rappresentanza dei laboratori d'analisi, promotrice di un progetto unitario che consente il rispetto della professionalità, dell'occupazione, della sana competizione nell'assoluto ossequio dei limiti dei volumi di prestazioni, del connesso onere economico e degli interessi diffusi.





STUDIO SULLE TARIFFE

I costi dei laboratori d'analisi

Il prezzario ministeriale - La stima del mix di prestazioni

▶ di Cristino Marchetti*

Il tariffario ministeriale
Gruppi di prestazioni
Una stima del Mix di prestazioni
Criticità del tariffario
Differenze regionali



Una stima nazionale del mix dei prelievi (NON PER INTERNI)

Sangue venoso 60 milioni
Urine 25 milioni
Microbiologici 2 milioni
Sangue capillare / arterioso 1 milione

La struttura del tariffario ministeriale

Criticità del tariffario ministeriale

	Tariffe meno di 2 euro	Tariffe tra 2 e 5 euro	Tariffe oltre 5 euro
Chimica clinica	48%	11%	11%

- Poca analisi dei costi nella costruzione del tariffario
- I volumi fattore determinante
- Ruolo criteri di accreditamento
- Sconti ed abbattimenti applicati dalle Regioni
- Riduzione delle tariffe di laboratorio sulla base di un modello di concentrazione ed automazione non ancora sperimentato

I tariffari regionali

Le differenze tra i diversi tariffari regionali
I diversi meccanismi di applicazione delle tariffe e dei finanziamenti:

- vincoli di accreditamento
- tetti di spesa
- sconti

La struttura territoriale dell'offerta

La domanda nelle regioni
Struttura dell'offerta (OSPEDALI, CC, LABORATORI, Punti Prelievo)
L'analisi prende in esame solamente i laboratori autonomi

Il campione delle strutture

Il campione delle strutture dovrà essere rappresentativo della realtà territoriale:

- 1) Dimensione delle strutture e del mix
- 2) Dimensione delle città (aree urbane, centri minori, aree disagiate)
- 3) Una adeguata rappresentanza regionale

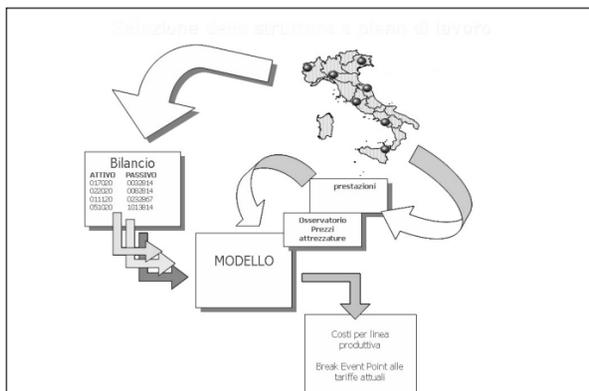
Le informazioni necessarie

Le strutture incluse nel campione dovranno fornire:

- 1) Copia del bilancio (per le società) 2006
- 2) Riclassificazione delle voci del bilancio in un modello uniforme trasmesso alle strutture
- 3) Suddivisione dei costi e dei ricavi in linee produttive (se disponibile contabilità analitica)
- 4) Apparecchiature in dotazione
- 5) DB contenente la sintesi delle attività erogate [classificate sulla base dei tariffari regionali] [suddivise tra attività finanziate dal SSN e attività private]

Selezione delle strutture e piano di lavoro

Dai bilanci alla struttura dei costi



La riclassificazione viene dai bilanci in uno schema che:

- 1) distingue con chiarezza tra i costi delle attività tipiche ed altri oneri societari
- 2) mette in evidenza costi relativi alla gestione ordinaria del laboratorio analisi rispetto ai costi d'investimento
- 3) evidenzia la remunerazione media del capitale investito

La struttura dei costi in sintesi

Personale
Consumi
Costi di struttura
Investimenti
Oneri passivi

Patrimonio manutenzione e innovazione

Attrezzature
Automazione
Ammortamento e manutenzione
Informatizzazione
Impatto dei services

La struttura delle entrate

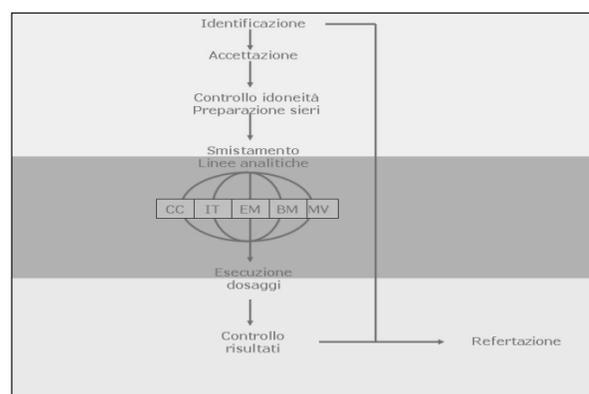
Le entrate:

- 1) Entrate dal SSN
- 2) Entrate da ticket
- 3) Entrate attività privata (singoli)
- 4) Entrate attività privata (enti e aziende)

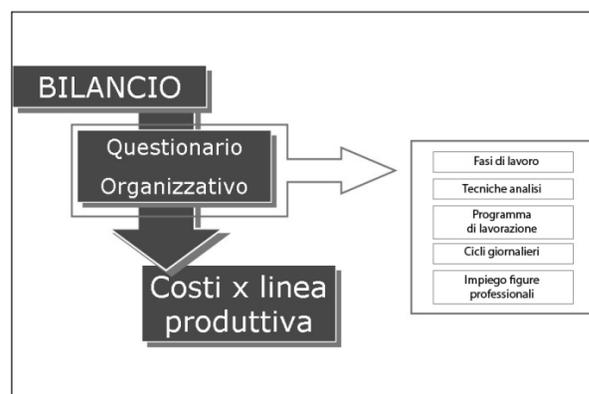
L'analisi delle linee produttive I

- Chimica Clinica (Reazioni enzimatiche, HPLC, TLC)
- Microbiologia (Batteriologia, Micologia, Parassitologia)
- Ematologia / Coagulazione
- Immunochimica / Sierologia (ELISA, FPIA, PCR)
- Immunometria, Tossicologia, Ormoni, Markers Tumorali (RIA, MEIA, CMIA)
- Biologia molecolare / Genetica Medica

Dai campioni al referto



L'analisi delle linee produttive II



MANIFESTAZIONE DI ROMA AL TEATRO CAPRANICA





I DATI ECONOMICI

Spese, una "conoscenza" utile

La rete di laboratori che eseguono esami con finalità di tipo sanitario è una realtà economica e sociale vastissima

► di **Cristino Marchetti***

Per contrastare queste tendenze è necessario porre le basi per una conoscenza condivisa d'informazione affidabili sui costi di produzione, conoscenza che è poi utile a riavviare una discussione sui margini d'efficienza per la Medicina di laboratorio nella realtà italiana. La rete di laboratori che eseguono esami con finalità di tipo sanitario, è una realtà economica e sociale vastissima. Sul totale delle prestazioni ambulatoriali richieste quelle di Laboratorio rappresentano i due terzi per numerosità e a circa un terzo dell'intera spesa ambulatoriale. A livello nazionale il valore complessivo delle prestazioni di Laboratorio si aggira quindi intorno ai 3 miliardi d'euro l'anno.

A questo valore vanno però aggiunte le prestazioni per i ricoverati negli ospedali (poco meno di un miliardo d'euro) e le prestazioni erogate al di fuori del S.S.N. (valore che è difficile da stimare). L'Associazione ha messo in cantiere una ricerca che intende coinvolgere i laboratori associati nella costruzione di un sistema di rilevazione dei costi e delle performance che sia rappresentativo della realtà del settore della medicina di laboratorio che lavora per il



S.S.N. I punti fondamentali del progetto sono la veridicità (garantita dai bilanci), l'affidabilità (rilevando i dati di un numero significativo di strutture) e la significatività (garantita dall'approfondimento del legame esistente tra aspetti gestionali ed organizzativi e gli output produttivi e qualitativi). Nei prossimi mesi oltre 100 laboratori - selezionati sulla base di criteri di dimensione e distribuzione territoriale - saranno coinvolti nella compilazione di un modello comune di riclassificazione dei bilanci.

I dati saranno convogliati in un unico modello d'analisi che darà un quadro dell'andamento economico della galassia dei servizi di laboratorio. L'analisi dovrà far emergere lo stato del-

le strutture in relazione alle tipologie tariffarie in vigore, descrivere il core-business e le condizioni per il suo sviluppo ed evidenziare le criticità esistenti. A partire dai dati dei bilanci - interpretati attraverso un modello di rilevazione delle caratteristiche organizzative - sarà così possibile suddividere i costi ed i ricavi nelle principali linee produttive (chimica clinica, microbiologia, immunometria...) per disporre di informazioni economiche che siano in grado di essere guida per la costruzione del nuovo sistema tariffario, oltre che a stimolo per tutti i laboratori a ricerca livelli di efficienza sempre maggiori in una logica di benchmarking.

*Consulente Progea

SEGUE DALLA 6

I costi dei laboratori d'analisi



Il break event point delle linee produttive I

Costi Fissi
Costi della struttura
Ammortamento apparecchiature

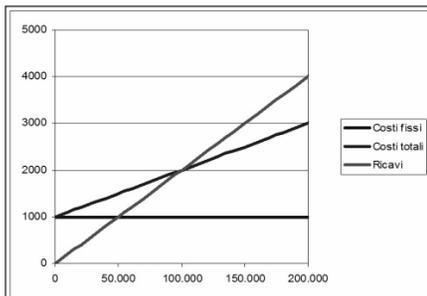
Costi Variabili

Reagenti
Costo dei controlli
Tempi di lavorazione / refertazione x costo medio orario delle figure professionali impiegate

Ricavi

Tariffe delle prestazioni sulla base del mix
Stima abbattimenti e sconti

Il break event point delle linee produttive II



I tempi di realizzazione

	2007		2008		
	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo
Trasmissione modelli alle strutture	■				
Supporto alla elaborazione dei dati nelle strutture		■			
Riconsegna dei modelli			■		
Prima elaborazione del modello				■	
Presentazione preliminare					■
Revisioni ed approfondimenti				■	
Relazione finale					■

Sun's Royal Park



*Cerimonie
e Meeting*

sapori antichi, sapori moderni, eleganza senza tempo...



CONTRATTI, IL RUOLO E LA FUNZIONE DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

Dopo il pronunciamento della Corte Costituzionale si proclama il principio della concertazione

► **Avv. Arturo Umberto Meo**

Il profilo della programmazione della spesa sanitaria costituisce una delle problematiche di maggiore interesse, sia sul piano giuridico sia in ordine a quello strettamente economico-finanziario. Ed invero, i due piani di discussione (giuridico e economico-finanziario) si intrecciano e si intersecano inevitabilmente ove si consideri che la individuazione, ovvero la costruzione, di percorsi procedurali conformi alle disposizioni normative permette di utilizzare al meglio, ossia in modo ottimale e razionalmente, le risorse finanziarie disponibili sul piano nazionale, e quindi su quello regionale, garantendo al tempo stesso il diritto ai trattamenti sanitari, il fabbisogno assistenziale e l'equilibrio della finanza pubblica. Il bilanciamento di tali principi pubblici fondamentali, di natura anche costituzionale, in passato non ha sempre trovato concreta attuazione, anzi è il caso di affermare che il deficit, oramai strutturale, del sistema sanitario nazionale, e di conseguenza regionale (non a caso diverse regioni sono sotto tutela del MEF perché costrette a stipulare i cd.Piani di rientro dal debito) evidentemente trova radice in un'assenza delle fonti normative che avrebbero dovuto disciplinare, ma soprattutto regolamentare, gli aspetti economico-finanziari della spesa sanitaria, ossia le risorse finanziarie disponibili, mediante modelli giuridici che tenessero conto delle diverse esigenze.

Da qui la necessità di un copioso intervento giurisprudenziale avverso atti provvedimentali, non solo di rango inferiore (provvedimenti regionali o delle AA.SS.LL.) ma anche di rango superiore (decreti ministeriali ed altro), investendo anche il Giudice delle leggi (la Corte Costituzionale) rispetto a quelle

disposizioni normative non proprio conformi al dettato costituzionale. Certo è che questa non è la sede per affrontare nello specifico le numerose decisioni della Corte Costituzionale, ma in ogni modo lo è per illustrare, seppure con la sintesi che richiede un intervento del genere, il principio che se ne ricava, e in altre parole il diritto alla salute, in altre parole ai trattamenti sanitari (così come espressamente



L'avvocato Arturo Umberto Meo

dice la Corte, sebbene trovi una sua tutela costituzionale, va garantito nell'ambito delle risorse disponibili, ossia in un corretto bilanciamento con l'equilibrio della finanza pubblica, evitando però che ciò incida pesantemente sul principio della dignità umana, altrimenti l'intervento del legislatore diverrebbe irragionevole, e come tale incosti-

tuzionale. Il Giudice delle leggi ha in ogni modo precisato i confini entro i quali i diritti costituzionalmente garantiti devono, e possono essere, esercitati, e quindi i criteri cui deve attenersi il Legislatore nell'ambito della produzione normativa relativa al settore della sanità. In buona sostanza, l'intervento della Corte costituzionale ha chia-

ve trovare attuazione in un articolato e complesso procedimento a formazione progressiva, con il concorso, ovvero, per meglio dire, con la concertazione, a livello regionale e a livello locale, con le Associazioni di Cate-

vuto seguire nella programmazione della spesa sanitaria. Con il D.Lgs. n.229/99 - è il decreto che ha accolto la riforma ter del S.S.N. - è stato definitivamente introdotto nel quadro normativo disciplinante i rap-

nanza pubblica.

Ora, dopo una pars destruens è necessario passare alla pars costruens, ossia, mi si consenta il termine, alla "esportazione" di un modello, quale quello della Regione Campania, che con tutti i suoi limiti, tipici delle novità procedurali, ha comunque realizzato, sebbene non completamente, i principi sanciti dalla legislazione, e confermati dalla giurisprudenza. E ciò anche nella considerazione che il panorama nazionale, nelle singole articolazioni regionali, risulta essere ancora troppo ancorato a principi oramai anacronistici, nonostante i chiari indirizzi giurisprudenziali, ma, a dire il vero, anche legislativi, che impongono un'omogeneità di intenti e di interventi nel settore.



Quindi, in definitiva, e rimanendo l'approfondimento delle tematiche appena accennate ad altri interventi più specifici che potranno essere ospitati in questa rivista, è necessario individuare, concertandolo con le Istituzioni nazionali, un percorso procedimentale in grado di garantire univocità di provvedimenti su tutto il territorio nazionale, nella materia della programmazione della spesa sanitaria. Questo è il compito che in un prossimo futuro spetta sia a Federlab Italia, che è nata anche per realizzare tali obiettivi, che a noi giuristi, ciascuno ovviamente per la sua parte di competenza.

Quindi, in definitiva, e rimanendo l'approfondimento delle tematiche appena accennate ad altri interventi più specifici che potranno essere ospitati in questa rivista, è necessario individuare, concertandolo con le Istituzioni nazionali, un percorso procedimentale in grado di garantire univocità di provvedimenti su tutto il territorio nazionale, nella materia della programmazione della spesa sanitaria. Questo è il compito che in un prossimo futuro spetta sia a Federlab Italia, che è nata anche per realizzare tali obiettivi, che a noi giuristi, ciascuno ovviamente per la sua parte di competenza.





SENTENZA DEL TAR LAZIO, ABROGATO IL NOMENCLATORE TARIFFARIO NAZIONALE

La sentenza emessa dalla terza sezione quater del Tribunale Amministrativo Regionale riguarda le tariffe di laboratorio

Pubblichiamo la sentenza emessa dalla terza sezione quater del TAR Lazio che decreta l'annullamento del D.M. 12.09.2006 (Nomenclatore Tariffario Ministeriale), nella parte riguardante le tariffe di laboratorio.

“La sentenza annulla, altresì, la deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 436 del 19.06.2007 in parte qua, ovvero nella parte in cui recepisce le tariffe di laboratorio di cui al Decreto Ministeriale 12.09.2006.

Il provvedimento del Tribunale Amministrativo rinvia, inoltre, per motivi di legittimità alla Corte Costituzionale l'applicazione della norma prevista dall'art. 1 comma 796 lettera o) Legge Finanziaria 2007 relativa allo sconto del 20% sulle tariffe di laboratorio.

Giova precisare che il rinvio alla Corte Costituzionale sospende il giudizio ma non sospende l'esecutività del provvedimento di sconto previsto dalla Legge Finanziaria 2007. Atteso nei prossimi giorni il deposito di ulteriori analoghe sentenze proposte dalle Associazioni di Categoria avente medesimo contenuto e che prevedono, laddove impugnate, l'annullamento delle deliberazioni adottate dalle Regioni di recepimento del Nomenclatore Tariffario Ministeriale”.

▶ **Avv. Arturo Umberto Meo**

La sentenza del TAR Lazio che ha annullato il DM del Ministero della Salute del 12.9.2006, con il quale quest'ultimo aveva riadottato il Nomenclatore Tariffario dato 22.7.1996 (Nomenclatore Tariffario cd. Bindi), merita particolare attenzione perché ha sancito, ma forse è più esatto affermare che ha riconosciuto solennemente, l'in-

violabilità d'alcuni fondamentali principi che hanno sempre informato il S.S.N., e che trovano la loro tutela nella Carta Costituzionale. Il percorso motivazionale del Collegio giudicante è fin

imento annullato è stato, per usare un eufemismo, frettoloso, e forse superficiale, sino al punto di ricondurre nell'ordinamento giuridico un provvedimento, il Nomenclatore Tariffario c.d. Bindi, che

tela giurisdizionale dei diritti e degli interessi legittimi (art.113) contro gli atti della P.A.

Il legislatore, in sostanza, non poteva in alcun modo riadottare con atto normativo un provvedimento già d i -

to che è preclusa al legislatore la possibilità di adottare norme che possano annullare gli effetti di un giudicato, proprio perché sarebbe compromesso il principio di ragionevolezza e d'uguaglianza, ma soprattutto l'affidamento che i soggetti hanno posto in provvedimenti adottati dall'autorità giurisdizionale.

Ma l'annullamento del D.M.

uno sconto del 20% per le prestazioni di Laboratorio, da applicare sul Nomenclatore tariffario cd. Bindi. E, infatti, il venir meno del presupposto, individuato nel Nomenclatore Tariffario cd. Bindi, per effetto del suo annullamento determina l'impossibilità materiale e giuridica dell'applicazione della norma di cui all'art. 1, comma 796 della legge finanziaria per l'anno 2007. E ciò anche nella considerazione che un intervento finanziario di tale portata incide sulle strutture sanitarie sino al punto di compromettere un corretto esercizio del diritto alla salute, costituzionalmente garantito dall'art.32, ribadendosi nella sentenza qui in esame l'inviolabilità del diritto di libera scelta del cittadino, nonché l'insopprimibilità delle strutture private nell'erogazione di prestazioni sanitarie, che non possono “uscire” dal sistema solo perché le tariffe non risultano essere convenienti. Così facendo il Collegio Giudicante ha ribadito il principio della parità tra strutture pubbliche e private, asserendo che le strutture private vanno remunerate in modo adeguato. Quindi, a ben vedere la sentenza del Tar Lazio non si limita ad annullare un provvedimento, ma fissa, ed è questo l'aspetto di maggior interesse, il quadro al cui interno la Pubblica Amministrazione deve muoversi, e le competenze che spettano al Legislatore Statale nell'adozione di provvedimenti normativi, che sono quelli di dettare i principi fondamentali della materia.

Anche per questi motivi, il Collegio Giudicante ha ritenuto di rimettere alla Corte Costituzionale la legittimità costituzionale della norma contenuta nell'art.1, comma 796, lettera o, della L.296/06.



La sede del Tar Lazio

troppo chiaro: il Nomenclatore Tariffario cd. Bindi (D.M. 22.7.96) posto a base del D.M. 12.9.2006 annullato, contrariamente alla tesi sostenuta dal Ministero della Salute, non può e non deve essere considerato come un riferimento economico, ma come parametro giuridico, e quindi come tale necessita di un'adeguata istruttoria e di una congrua motivazione, consistente nel rispetto dei criteri previsti da un Decreto Ministeriale (D.M. 15.4.94) adottato dallo stesso Ministero della Salute.

In buona sostanza, il Ministero nell'adottare il provvedi-

invece era già stato espunto dal sistema essendo stato annullato, proprio per gli stessi motivi (difetto d'istruttoria e di motivazione), da una sentenza del Consiglio di Stato. Invero, il percorso procedimentale e provvedimentale, seguito dal Ministero, è stato dichiarato illegittimo non solo per i motivi innanzi evidenziati, che attengono ovviamente al profilo di merito, ma anche soprattutto per la palese violazione di principi costituzionali sanciti dagli artt. 24 e 113 che sanciscono il diritto alla difesa (art.24), quale diritto inviolabile d'ogni cittadino, e la tu-

chiarato illegittimo, eludendo così un giudicato già formato da qualche tempo (l'annullamento in parte qua del Nomenclatore Tariffario cd. Bindi). Siffatto principio ha trovato conferma in diverse pronunce della Corte Costituzionale, richiamate tra l'altro nella sentenza, con le quali il Giudice delle leggi ha stabili-

12.9.2006, nella parte in cui è stato recepito il Nomenclatore tariffario Bindi (D.M. 22.7.96), riverbera i suoi effetti anche su altre previsioni normative, ed in particolare sulla norma dell'art. 1, comma 796, lettera o, della L. 296/96 (questa è la legge finanziaria per l'anno 2007), con la quale è stato introdotto



non è semplicemente un albero tagliato GREENPEACE



"SPECIALISTICA AMBULATORIALE"

Calcante, un progetto Federlab-Sbv

E' il sistema per il monitoraggio della spesa sanitaria nella Regione Campania

► di Pietro Napolitano

L'obiettivo principale del progetto Calcante è ottenere una serie di dati essenziali per valutare l'andamento dell'erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, la relativa spesa, il rispetto dei volumi programmati, la congruità dell'offerta assistenziale rispetto ai principi dell'appropriatezza e confrontare i dati di spesa dei vari territori rispetto ai tassi di malattia e ad altri fattori epidemiologici che influenzano il ricorso dell'utenza ai servizi per la salute.

- Monitoraggio qualitativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale fornite, dalle strutture sanitarie in provvisorio accreditamento, al SSR della regione Campania.

- Verifica del rispetto dei limiti di spesa previsti dalle norme di programmazione sanitaria adottate dalla Giunta regionale della Campania.

- Verifica del rispetto, da parte delle strutture associate, dei parametri di produzione stabiliti dalla normativa regionale C.O.M.(Capacità Operativa Massima).

Il Progetto Calcante prevede un sistema informatico di gestione del credito attraverso il quale, inseriti i dati relativi ai crediti delle strutture erogatrici nei confronti del Sistema Sanitario Regionale, è possibile, in collaborazione con società di consulenza e revisione, certificare la natura ed il merito della massa creditoria vantata. Tale sistema, consente, alle strutture associate Federlab - SBV, di accedere in modo privilegiato al mercato finanziario.

- *gestione della documentazione contabile (archiviazione fatture) degli associati.

- *Raccolta ed elaborazione di informazioni(set di dati) tecnico-contabili sui crediti van-



tati dagli associati nei confronti del SSR.

- *pubblicazioni di prospetti informativi contenenti elementi di prima valutazione dei crediti disponibili per eventuali cessioni.

- * ricerca, valutazione e selezione di operatori finanziari per operazioni di cessioni prosoluto dei crediti anche con le modalità previste dalla L. 30 aprile 1999 n. 130 (cartolarizzazione).

Federlab - SBV è struttura accreditata, presso il Ministero dell'Economia e Finanza(MEF), a svolgere funzione di trasmissione dati ai sensi del D.L. 30 Settembre 2003, 269(convertito in legge con L. 24 novembre 2003 n. 326) art.50 e successive modificazioni. Federlab- SBV, pertanto, si propone come intermediario tra le strutture sanitarie in provvisorio accreditamento ad essa associate ed il MEF per ciò che concerne la trasmissione dei dati quantitativi (File C) attualmente prodotti per le Asl e destinati, obbligatoriamente dal 1 gennaio 2007, ad essere trasmessi al Ministero.



Il progetto Calcante, utilizzando i dati già in suo possesso, prepara i files XML previsti dalla normativa e ne effettua la trasmissione al MEF, verificando sia la corretta acquisizione che la validazione da parte del Ministero.

- Raccolta, verifica ed elaborazione dei dati quantitativi prodotti dalle strutture associate Federlab-SBV (File C):
- Produzione dei dati da inviare al Ministero dell'Economia e Finanza(MEF).
- Trasmissione e controllo dei flussi di dati da e verso il MEF.

CALCANTE.

Figlio di Testore, sacerdote di Apollo e indovino dell'esercito greco, i suoi responsi erano considerati come interpretazione della volontà degli dei. Fu Calcante a suggerire ad Agamennone di placar Diana - sdegnata contro di lui, che le aveva ucciso una cerva a lei consacrata - sacrificandole la figlia Ifigenia. Quando Troia fu presa con l'inganno del cavallo di legno che occultava il fiore degli eroi greci, Calcante, che era stato superato nell'arte della divinazione dal suo emulo Mopsos, si ritirò a Calofone, e vi morì per il dolore dello scacco subito.

Un nuovo indirizzo per la salute

Il Ministero riunisce in una nuova e unica sede in zona Eur- Castellaccio tutti gli uffici

Da lunedì 14 gennaio il Ministero della Salute avrà una nuova sede centrale a Roma che accoglierà gli uffici di tutte le Direzioni generali e i Dipartimenti finora dislocati in tre edifici diversi.

La nuova sede unica del Ministero si trova in zona Eur Castellaccio al numero 5 di Via Giorgio Ribotta (strada parallela a Viale Avignone che si immette su Viale dell'Oceano Pacifico) e dista meno di 3 Km dalle attuali sedi dell'Eur.

Si tratta di un trasferimento atteso e necessario che consentirà la riduzione dei costi di gestione, l'ammodernamento dei sistemi e la possibilità di offrire servizi migliori e più efficienti ai cittadini e a tutti gli operatori sanitari che ogni giorno si rivolgono al Ministero della Salute.

Come sottolineato dal Ministro Livia Turco, il trasferimento alla nuova sede è "una preziosa opportunità per rinnovare il rapporto tra cittadini e istituzioni: una "casa" più bella e ospitale concilia politiche di ascolto e di comunicazione con la capacità di rispondere in modo appro-

priato alle esigenze di tutti".

Quale luogo di contatto diretto con il pubblico, è prevista l'attivazione di un front office nel corso del primo trimestre del 2008, un centro operativo articolato in più sportelli, dove il cittadino, nel rispetto delle norme sull'accesso agli atti e della tutela della privacy, potrà ricevere, previa prenotazione, informazioni e servizi quali, ad esempio, certificati e autorizzazioni o presentare istanze da funzionari dei competenti uffici.

Il trasferimento avrà luogo dal 7 all'11 gennaio e la riapertura al pubblico avverrà il 14 gennaio.

Durante tale periodo potrebbe verificarsi qualche disagio per gli utenti.

In particolare, gli uffici per il riconoscimento titoli all'estero riceveranno il pubblico fino a mercoledì 19 dicembre compreso e torneranno operativi mercoledì 16 gennaio. Per informazioni è possibile rivolgersi all'Ufficio relazioni con il pubblico (tel. 06.5994.2378 - 2758) e consultare il portale internet ministeriale www.ministerosalute.it.

Via Panoramica, 1 - BOSCOREALE (Na)
Tel. e Fax +39.081 8584598
Cell. +39.338 4091248 - +39.333 1814022
e-mail:info@torremerlata.com

TorreMerlata

*Ricevimenti di Gran Classe
Nel suggestivo scenario del Parco Nazionale del Vesuvio*



NUOVE FRONTIERE

Tutto il malato dentro un chip

La carta sanitaria diventa elettronica. A sperimentarla sono i medici lombardi

► di Spartaco Mascherpa

Sembra una carta di credito ma è una chiave.

La chiave d'accesso a tutti i servizi sanitari e della pubblica amministrazione, che sarà presto distribuita a ogni cittadino della Lombardia. Più di 2 milioni, nelle province di Lecco, Pavia, Cremona, Lodi, Mantova e in parte della provincia di Milano, ce l'hanno già. Oltre a sostituire la vecchia tessera sanitaria e il tesserino del codice fiscale, la nuova carta regionale dei servizi è valida in tutta l'Unione Europea, senza bisogno del vecchio modello E111, e riporta eventuali esenzioni dal ticket. Serve per pagare in farmacia, in ospedale e in negozi convenzionati.

Va attivata presso Banca Intesa, che si è aggiudicata l'appalto, e si ricarica nei bancomat o via internet, con la carta di credito. Se il medico di base non è collegato al nuovo Sistema informativo socio-sanitario (Siss), i vantaggi per il cittadino finiscono qui. Se invece il medico è già in possesso della propria carta Siss e di un computer con lettore di microchip, può registrare la ricetta del paziente nel cervellone centrale della Asl e accedere alla cartella clinica. Quando al Siss saranno connessi anche ospedali e laboratori di analisi, non sarà più necessario ritirare gli esiti e portarli in ambulatorio: il medico li leggerà sul computer. Il pronto soccorso ricostruirà tutta la storia clinica del paziente, il suo gruppo sanguigno, che farmaci sta assumendo, il consenso alla donazione degli organi e così via. La privacy è tutelata poiché, per accedere ai dati vanno inserite insieme la scheda gialla del paziente e quella bianca del medico, che richiede pure un codice segreto.



E poi, così tutti i medici dell'ambulatorio possono, con il consenso dei pazienti, vedere le loro cartelle, per prescrivere ricette urgenti anche quando non c'è il loro medico di base. In Lombardia, infatti, funziona già la medicina di gruppo: più medici di base sotto lo stesso tetto, così per i malati c'è sempre qualcuno. Per un hacker è praticamente impossibile violare il Siss, poiché, pare che i sistemi di sicurezza usati dalla Lombardia Informatica, la società che ha creato il Siss, siano gli stessi sistemi di sicurezza adottati dalla Cia. In pratica la nuova tessera farà risparmiare il Sistema Sanitario lombardo, evitando di ripetere esami appena fatti e consentendo un miglior controllo delle prescrizioni. Le ricette sono registrate in tempo reale e comunicate alla Asl. Insomma, il Siss le semplificherà e libererà risorse per migliorare i servizi. Il Progetto CRS-SISS intende garantire la fruizione in "tempo reale" delle informazioni sanitarie relative ai processi di prescrizione, diagnosi e cura, adottando soluzioni innovative e tecnologicamente avanzate ed assicurando la riservatezza e la privacy. Al Sistema si accede attraverso due carte dotate di

microprocessore: la Carta SISS (di colore blu) per gli operatori socio-sanitari, e la Carta Regionale dei Servizi (di colore giallo). Con la Carta Regionale dei Servizi, il cittadino porta sempre con sé la chiave di accesso a tutte le informazioni sanitarie e amministrative che lo riguardano e può autorizzare gli operatori abilitati ad accedervi in ogni momento. Con la Carta per gli operatori, o Carta SISS, destinata esclusivamente agli operatori del Sistema Socio-Sanitario, l'operatore socio-sanitario abilitato può "entrare" nel Sistema tramite delle postazioni informatiche e accedere in qualsiasi momento ai dati sanitari presenti per ogni cittadino. Essa permette di effettuare prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali, di avanzare richieste di ricovero oppure di registrare referti e consultare la storia clinica del cittadino. La Carta, inoltre, è strumento sicuro con cui apporre, ove richiesto e se abilitati, la firma elettronica dei documenti. La Carta regionale dei servizi-Sistema informativo socio sanitario (CRS-SISS) attivo in Lombardia mira a mettere in rete fruitori e operatori del Servizio sanitario, riducendo al minimo la carta e facendo fluire

LA CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

sarà distribuita ad ogni cittadino della Lombardia. Oltre a sostituire la vecchia tessera sanitaria e il tesserino del codice fiscale, la nuova carta è valida per tutta l'Unione europea senza bisogno del vecchio modello E111

Costituita la Federlab emiliana

L'associazione di categoria allarga la base di partecipazione a tutti i laboratori dell'Emilia

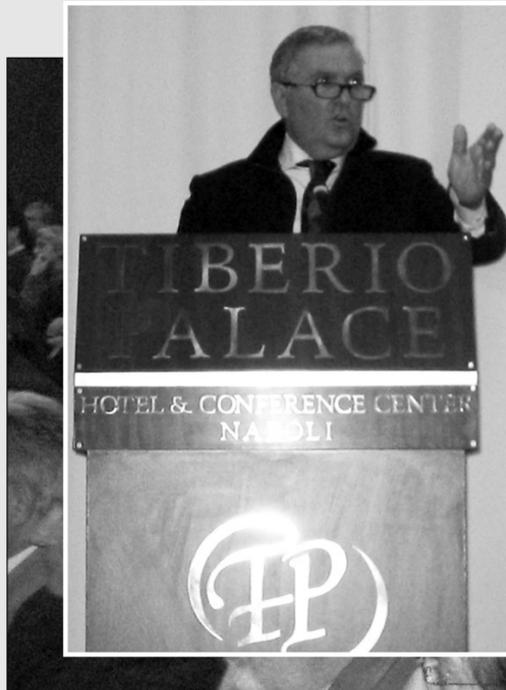


Il presidente di Federlab Italia Vincenzo D'Anna e Gildo Ampollini

Il presidente di FederLab Italia dottor Vincenzo D'Anna, accompagnato dal dirigente organizzativo di FederLab Italia dottor Corrado Marino e dall'avvocato Arturo Umberto Meo, ha incontrato le strutture di laboratorio aderenti all'A.L.P.E.R. - Associazione Laboratori Privati Emilia Romagna.

Il dottor Gildo Ampollini, presidente dell'A.L.P.E.R. ha introdotto i lavori e, successivamente, il presidente di FederLab Italia, ha illustrato le linee guida che l'associazione intende attuare in materia di programmazione della spesa, (programmazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili e correlati tetti di spesa per branca specialistica) di un nuovo nomenclatore tariffario (Progetto Nomenclatore Tariffario per la rilevazione dei costi di produzione) e per la tutela delle strutture di laboratorio in Emilia Romagna vessate da provvedimenti assunti dalla Regione lesivi dei diritti delle strutture private accreditate (equiparazione pubblico-privato e libera scelta). Saranno attivate tutte le procedure di legge utili al sostegno delle strutture e per la rivendicazione di diritti negati alle strutture medesime. Dopo ampio dibattito le strutture presenti hanno convenuto di dover procedere alla costituzione della FederLab Emilia Romagna per allargare la base di partecipazione a tutti i laboratori dell'Emilia Romagna.

BAGNO DI FOLLA PRESSO IL TIBERIO PALACE A NAPOLI





L'Assessore Regionale alla Sanità, Augusto Battaglia, propone un accordo ad esclusivo vantaggio delle strutture poliambulatoriali

La Federlab Lazio non ci sta

No alla svendita dei laboratori - Fuori i mercanti dal tempo!

► di Antonio Morricone

Nel settembre 06, cominciò ad emergere un debito sommerso che la Regione Lazio aveva nei confronti dei fornitori.

L'entità di questo debito lievitò in modo incontrollato sino ad arrivare alla cifra di circa 9,7 miliardi d'euro. L'origine di questo debito non è nota in quanto non è chiaro chi siano i creditori; le ASL non avevano bilancio e, per ammissione della stessa giunta, non vi era corrispondenza tra i debiti iscritti in bilancio e le fatture presentate dai fornitori.

In pratica c'erano meno fatture dei debiti iscritti. Si è arrivati al punto che la Regione ha dovuto pubblicare su dei quotidiani una richiesta ufficiale per avere le fatturazioni in modo da porre un punto fermo da cui far partire l'eventuale blocco degli interessi ed il tempo di prescrizione.

Per contenere il disavanzo il Ministero dell'Economia ha preteso che fosse stipulato un Piano di Rientro (DGR 149 del 06/03/07).

In esso si stabilisce: Definizione dei volumi di produzione compatibile con le risorse finanziarie e con gli obiettivi del presente Piano di Rientro dei soggetti erogatori pubblici e privati valevoli per il triennio.

Definizione all'interno di un sistema di classi e di budget, del sistema di remunerazione, con ripasso delle tariffe e delle prestazioni erogate, disincentivi in relazione ai livelli di non appropriatezza e di abbattimenti tariffari per le prestazioni erogate in numero superiore ai valori attesi. Tutti questi impegni saranno, come vedremo, disattesi dalla delibera 436 del 18.06.07.

Parallelamente era approvata la Legge Finanziaria che imponeva all'Art 88 uno sconto del 20% sul tariffario Bindi solo per i laboratori d'analisi accreditati.

A questo si è giunti partendo da un'ipotesi d'abbattimento pari al 50% in quanto si riteneva che l'automatizzazione delle diagnostiche di laboratorio potesse determinare un netto risparmio; solo la mobilitazione e l'opposizione della FEDERLAB Italia con la manifestazione nazionale del 10.11.06 è riuscita a contenere il danno.

Il tariffario previsto dal Decreto del Ministro della Sanità del 22.07.96 (Tariffario Bindi) oltre a non essere stato applicato in tutte le Regioni, non è mai stato aggiornato, secondo gli indici Istat.

Tale decreto è stato dichiarato illegittimo dal TAR del Lazio con sentenza n 2219/1998 e dal Consiglio di Stato IV Sezione con sentenza n 829/2001 in quanto non il D.M. del 15.04.1994.

Era inoltre assente in Finanziaria ogni chiarimento a riguardo dell'automatizzazione.

Se per automatizzazione si indica un sistema unico che vada dalla fase pre analitica a quella post analitica allora solo un ristrettissimo numero di laborato-

ri pubblici ed alcuni privati lo possiede.

L'automatizzazione delle analisi necessita di un numero elevatissimo di esami rendendosi vantaggiosa oltre i 5.000.000 di analisi/anno; il che significa circa 3000 - 4000 prelievi ematici al giorno, cifra incompatibile per strutture medio grandi e possibile invece, soltanto in megastrutture.

Per fare un esempio una Regione con meno di 1.000.000 d'abitanti dovrebbe avere al massimo uno o due laboratori nel suo territorio mentre tutta la popolazione italiana potrebbe essere trattata in un centinaio di

oltre trenta anni il SSN si è avvalso dell'apporto dei centri di analisi già convenzionati ed ora accreditati per l'effettuazione delle diagnostiche di laboratorio. Ciò è avvenuto per l'incapacità o l'impossibilità della Sanità Pubblica a svolgere la mole di lavoro necessaria per garantire quest'aspetto della salute pubblica.

Ora circa il 50% delle analisi del Lazio sono effettuato nel privato accreditato, globalmente si tratta di 67.000.000 di prestazioni pari a circa 13,06 analisi pro capite/anno. In una regione a bassissima concentrazione di laboratori privati accreditati

2800 privati. Di questi solo pochissimi resisterebbero ad un abbattimento di tale sorta del Tariffario Nazionale.

Chiaramente non vi sarebbe nessuna possibilità d'assunzione presso altre strutture in quanto l'automazione stessa può essere vantaggiosa solo con la riduzione del numero dei lavoratori.

Ultimo punto è la grave crisi economica che colpirebbe l'indotto; le ditte italiane, produttrici di reattivi e diagnostici sarebbero tagliate fuori dal mercato dato che l'automatizzazione è esclusiva di multinazionali non italiane.

lo sono le strutture pubbliche; in altre parole il singolo dosaggio è pagato dalla Regione lo stesso importo chiunque sia ad eseguirlo.

Per la Regione pertanto l'importo di spesa non cambia tra pubblico e privato; il problema è che, data la mancanza di efficienza nella gestione delle strutture di laboratorio pubbliche, vi è la cronica necessità di ripianare i debiti delle USL; pertanto mentre il privato ha un costo assolutamente fisso, alla struttura pubblica vengono ripianati gli eventuali deficit. Pertanto alla Regione il privato costa meno del pubblico per singolo dosaggio. Abbattendo del 20% la prestazione effettuata nei centri accreditati, il vantaggio aumenta esponenzialmente. Pertanto la delibera oltre a basarsi su un tariffario già giudicato illegittimo, forma anche una condizione di vantaggio per l'operatore pubblico rispetto al privato.

Ricordiamo che la parità tra pubblico e privato, anche per direttive europee sulla libera scelta del cittadino, è stabilita da leggi dello Stato.

Un'altra condizione d'illegittimità è attuata non applicando la programmazione della spesa: le Regioni, infatti, devono programmare secondo dati economici ed epidemiologici quale sia la necessità di diagnostica di laboratorio per la propria popolazione; viceversa la Regione Lazio non programma nulla, richiede diagnostica tramite i suoi soggetti prescrittori (medici di base ed ospedalieri) e pone a valle il rimedio non pagando le strutture o ponendo loro un tetto.

Il tetto è applicato sullo storico d'ogni struttura e pertanto consolida le posizioni dominanti. Viene da chiedersi: se il fatturato è stabilito a priori perché investire, aggiornarsi, progredire e cercare di fornire un servizio migliore al cittadino quando tutto è cristallizzato.

Stabilire il limite di fatturato di un laboratorio elimina ogni stimolo verso la qualità e l'innovazione.

Cosa non secondaria è che da molti anni la Regione Lazio ha strutturato un sistema informatico denominato SIAS e gestito dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio (ASP) che prevede l'invio telematico a fine mese di tutte le prestazioni effettuate da ogni singola struttura; le informazioni inviate vengono valutate e validate dall'ASP e solo dopo di ciò il laboratorio può emettere fattura.

Pertanto la Regione conosce perfettamente in tempo reale non solo l'importo di spesa ma anche che tipo d'analisi sono state effettuate, chi sono i medici prescrittori, quali esenzioni sono state applicate etc.

Proprio grazie a questo sistema è facile verificare che l'importo di spesa del laboratorio d'analisi accreditato non aumenterà negli anni e pertanto non può essere causa del buco dei conti pubblici anche perché la diagnostica di laboratorio non arriva al 2% della spesa sanitaria.

Questa drammatica situazione creata, non per colpa dei laboratori, nella Regione Lazio ha fornito un nuovo stimolo e motivazione alla creazione di FEDERLAB Lazio al fine di tutelare i legittimi interessi della categoria.

Sin ora abbiamo assistito in questa Regione ad una mischiarsi d'interessi partitici, politici e consociativi con il prevalere delle ragioni dei più forti a scapito dei diritti dei più deboli. Questo modo di gestire la cosa pubblica è arrivato al capolinea ed è ora di iniziare una nuova politica sindacale in regione.

Pertanto nei vari incontri avuti con l'assessore alla Sanità abbiamo confermato i punti cardine della nostra azione:

Abolizione dei tetti per singola struttura per violazione del principio di uguaglianza e del principio della libera scelta da parte del cittadino, con conservazione dei privilegi a discapito della libera impresa.

Applicazione di un tetto di branca sostenibile e compatibile sia con la domanda di salute che con le risorse finanziarie della Regione, con valutazione e programmazione del fabbisogno regionale.

Uguaglianza tra pubblico e privato accreditato per stesso tariffario (abolizione del 20%) e per stessa normativa.

Contenimento della spesa pubblica sulla base della domanda territoriale, volumi di prestazioni sostenibili, tutela della salute e prevenzione.

Formulazione di un nuovo tariffario composto in rispetto delle leggi vigenti che elimini le diagnostiche obsolete e valuti correttamente i costi di produzione tenendo conto dell'innovazione tecnologica e d'organizzazione.

I tetti di spesa assegnati dalla Regione Lazio non nascono da una programmazione cioè ha dato esito all'esaurimento del budget all'estate del 2007, la conseguente protesta dei laboratori ha spinto la Regione a proporre un accordo che tamponasse a solo vantaggio della Regione stessa la situazione che si è venuta a creare.

La Federlab Lazio ha rifiutato questa parvenza d'accordo e si affida al giudizio della magistratura.

La Regione pretende, che i singoli laboratori debbano lavorare in condizione di precarietà rispetto ai confratelli pubblici e, tuttavia, s'impone ai cittadini di utilizzare le strutture pubbliche che sostengono costi maggiori e penalizzano gli utenti per la nota insufficienza della gestione.

L'allocatione delle risorse deve sottintendere un'analisi microeconomica dei singoli provvedimenti con costi e previsti risultati che s'integrano con l'analisi macroeconomica delle priorità; in sintesi i risultati da perseguire per la riqualificazione della spesa pubblica e la responsabilizzazione della gestione pubblica e privata non si può esaurire in provvedimenti fatti a tavolino con l'aiuto di una calcolatrice ed epurando le professionalità di un comparto valido ed efficace fino a ieri.

TETTI DI SPESA REGIONE LAZIO MATRIMONIO... D'INTERESSI



laboratori.

Tra i 1.000.000 ed i 5.000.000 d'analisi/anno l'automatizzazione completa produce vantaggi economici di scarso rilievo. Sotto questi numeri è inefficace.

Viceversa se per automazione s'intende la presenza di singole stazioni di lavoro e macchine multianalitiche in cui è automatizzata solo la fase analitica, allora questa è la condizione oggettiva di tutti i laboratori di analisi, e pertanto non si comprende come possa essere sopportato un abbattimento del 20% tenendo conto del fatto che le tariffe vigenti in Italia sono tra le più basse in Europa.

Sfugge inoltre come, una volta abbattuto il costo/analisi nei mega laboratori, si possa abbattere il costo dei centri prelievi in cui si vorrebbe trasformare i laboratori di analisi.

Viceversa appare chiaro a tutti che sotto la giustificazione dell'automatizzazione si vuole arrivare a eliminare i laboratori accreditati dal Servizio Sanitario.

A questi signori che gestiscono la sanità pubblica come una proprietà privata, sfugge che da

come l'Emilia Romagna si effettuano 64.000.000 di prestazioni anno circa 15,73 analisi pro capite/anno.

Questo fa comprendere in modo evidente come una alta concentrazione di privato accreditato non aumenta la richiesta di diagnostica.

Inoltre le strutture accreditate compongono una rete di sanità diffusa su tutto il territorio regionale costituendo per il paziente, un punto di riferimento e d'accoglienza sanitaria.

L'automazione non comporta un risultato analitico più accurato o preciso, ma piuttosto determina solo l'abbattimento d'alcuni costi (personale).

La conseguenza di tale abbattimento tariffario sarà l'inevitabile chiusura della quasi totalità dei laboratori accreditati e comporterà la perdita del posto di lavoro per migliaia di lavoratori con forte prevalenza della componente femminile.

Da considerare che dal 1991 al 1998 è cessata l'attività del 35% dei laboratori d'analisi convenzionati sul territorio italiano.

Gli ultimi dati riferiti al 2003 riportano che in Italia esistono circa 2500 laboratori pubblici e

Dal confluire della manovra finanziaria e del piano di rientro la Regione Lazio, sostanzialmente commissariata, ha emesso la delibera regionale 436 del 18.06.07 che prevede: Applicazione del tariffario Bindi retroattivo il mese di giugno 07; Abbattimento del 20% solo per le strutture private accreditate sul sopraccitato tariffario;

Imposizione di un limite di fatturato (tetto di struttura) oltre il quale il laboratorio non può più operare in regime di accreditamento provvisorio con il Sistema Sanitario. Il tetto applicato è pari a circa il 40% dello storico.

E' singolare notare come il Direttore Generale del Ministero della Sanità, in un parere espresso all'Avvocatura generale dello Stato il 23.03.07, riferisce che il tariffario Bindi è solo un parametro medio di riferimento e non è da intendersi quale soglia oltre la quale le Regioni non possono legittimamente fissare le tariffe.

Numerosi ed evidenti sono i punti d'illegittimità di detta delibera.

Ricordiamo che i laboratori d'analisi accreditati sono pagati a prestazione esattamente come

FEDERLAB
Sindacato Laboratori
Campani

SBV
Sindacato Branche
a Visita

confederati con

AISA
Associazione Italiana
Strutture Ambulatoriali
Radiologia e Medicina Nucleare

ANPRIC
Associazione Nazionale
Presidi Riabilitazione
Convenzionati

550

100

50

- laboratori di analisi
- centri di cardiologia
- centri di radiologia
e medicina nucleare
- specialisti ambulatoriali
e centri antidiabete
- centri di riabilitazione
ed FTK

pubblicità & servizi

PG050907DL33

STRUTTURE SANITARIE DI QUALITÀ'

ACCESSIBILI OVUNQUE, SENZA LISTE D'ATTESA

Via Santa Lucia, 20 - 80132 NAPOLI - Tel. 081 24 52 355 Fax 081 195 60 545 - www.federlab.com - federlabcampania@virgilio.it

Datatec Informatica sas

Soluzioni Software per la Sanità

Prodotti

Laboratorio Analisi

Winlab

- Accettazione
- Prenotazione
- Integrazione Analizzatori
- Refertazione
- Preventivi
- Fatturazione
- Personalizzazione Stampe
- Cassa pagamenti / valuta
- Fatturazione
- Avvisi telematici sms
- Recapito documenti via e.mail
- Interconnessione Laboratori
- Gestione Magazzino



Datatec Informatica sas

Via Gramsci, 69
66016 Guardiagrele (CH)
Tel. 0871 . 800535
Fax. 178 228 78 24
iocco@iocco.it
<http://www.iocco.it>





PUGLIA, TETTI INIQUI E "PARTICOLARITÀ" PER LOR SIGNORI!

LA PAROLA ALL'ANTITRUST

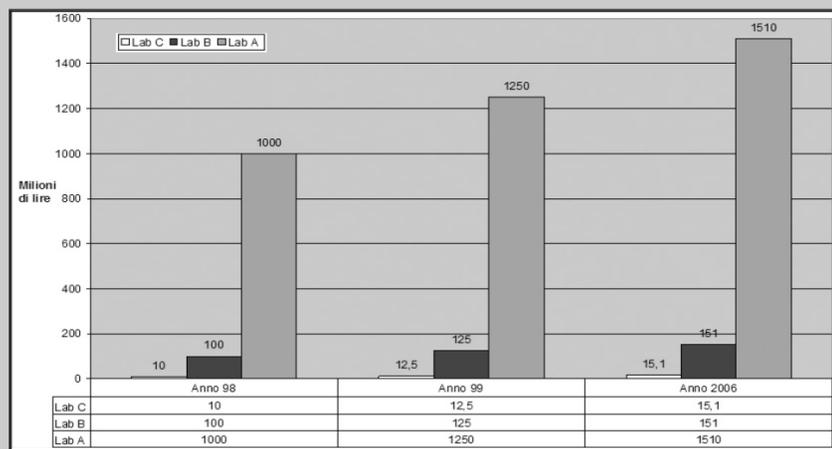
► di Irene De Lucia e L. Perrone

Il ricorso alla fissazione dei tetti di spesa è un atto dovuto da parte dei nostri governanti che, anche nell'erogazione di servizi sanitari in favore dei cittadini, devono fare i conti con le risorse di cui dispongono. In Puglia, come del resto in altre Regioni, il metodo di determinazione di questi tetti di spesa su base individuale, con la rigida applicazione a cascata del fatturato del 1998, ha creato non poche difficoltà a numerosi Operatori Sanitari Privati sconvolgendo l'equilibrio economico e finanziario. Questo criterio d'assegnazione dei fondi disponibili, che è stato applicato anche per gli anni successivi al 1999, ha eliminato qualsiasi possibile concorrenza tra i soggetti privati ed ha determinato un notevole nuovo rafforzamento finanziario per quella parte di professionisti e strutture private che già erano stati favoriti dal riferimento al 1998. La grossolana discriminazione nei confronti d'erogatori Sanitari Privati, posti tutti sullo stesso piano giuridico e normativo dalle leggi dello Stato, e l'eliminazione della concorrenza tra i vari soggetti transitoriamente accreditati, con gravi limitazioni all'attività professionale di alcuni a totale immotivato vantaggio d'altri, ha indotto la nostra Associazione, alla quale aderiscono cinquanta laboratori d'analisi della Puglia, a presentare un esposto all'Antitrust in data 19 giugno 2006. Nella nostra Regione i laboratori d'analisi chimico-cliniche sono classificati in tre tipologie: laboratori generali di base, laboratori specializzati, laboratori generali di base con settori specializzati. I laboratori generali di base sono poi equiparati dal punto di vista giuridico: stessa autorizzazione, stessi titoli di studio del responsabile, rispetto delle medesime leggi vigenti. La Giunta della Regione Puglia, al fine di perseguire gli obiettivi previsti nel patto di stabilità, iniziava con la DGR 1800/98

N.B. Nel raffronto temporale, considerata la variazione delle monete nel frattempo intervenuta (lira-euro) abbiamo preferito riferirci alle monete del vecchio conio

	B _a	B _b	B _c	B _a -B _c	B _a -B _b	B _b -B _c
1998	1.000 ML €	100 ML €	10 ML €	990 ML €	900 ML €	90 ML €
1999: (1998+ 25%)	1.250 ML €	125 ML €	12,5 ML €	1.237 ML €	1.125 ML €	112,5 ML €
2006: 1998+51%	1.510 ML €	151 ML €	15,1 ML €	1.495 ML €	1.359 ML €	135,9 ML €

Listogramma che segue è anch'esso molto significativo.



Tale metodologia ha determinato l'accaparramento da parte dei soggetti A anche delle ulteriori risorse rese successivamente disponibili: il vantaggio è di quelle strutture che già erano state ampiamente favorite dall'iniquo riferimento al 1998; in breve, nel giro di otto anni la Regione Puglia, ha eliminato per legge la libera concorrenza tra A, B e C determinando il monopolio di A. Le strutture C hanno cessato l'attività nel corso di questi otto anni, quelle B, se ancora presenti sono destinate alla decadenza: in questi otto anni, i titolari dei laboratori d'analisi B hanno continuato ad investire in apparecchiature, attingendo esclusivamente a risorse personali di certo non illimitate ed hanno rinunciato alla remunerazione del loro lavoro nell'illusione di un cambiamento. Le strutture A, forti dell'utenza che hanno strappato a D, C e B, con tutte le risorse che hanno accaparrato, hanno potuto compiere senza problemi i loro invest-

imenti, hanno assunto l'altro personale che l'aumento dell'utenza ha reso indispensabile, ed oggi possono fare la voce grossa anche nei confronti della Regione Puglia per difendere i loro interessi. Questo in sintesi quanto riferito nel ricorso presentato all'Antitrust a cui spetta il compito di verificare se effettivamente queste normative, regionali e/o usline, hanno determinato l'eliminazione della concorrenza tra i soggetti privati transitoriamente accreditati operanti nella branca di patologia clinica della regione Puglia e se sono stati favoriti alcuni soggetti a danno di altri. Il nostro esposto è stato oggetto di verifica da parte della direzione dell'Antitrust circa la rilevanza dei fatti segnalati ai fini dell'applicabilità delle disposizioni di cui alla legge n.287/90. L'istruttoria, avviata da più di un anno, è ormai in dirittura d'arrivo e si attende a breve il pronunciamento dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

un'azione pianificatrice, cui diede continuità con la delibera 1003 del 15/7/1999. I Direttori Generali delle USL, sentiti i rappresentanti di categoria più rappresentativi, erano incaricati di tenere sotto controllo, la spesa stabilendo con le singole strutture la tipologia ed il numero degli esami da eseguire, in altre parole di defini-

re i cosiddetti budget. In virtù di questa discrezionalità, nel 1999 ciascun soggetto transitoriamente accreditato ricevette dalla propria USL una comunicazione in cui si riferiva che i tetti di spesa 1999 per i singoli erogatori erano stati individuati ripartendo il fondo di branca, rapportato al fatturato '98 della branca e conseguentemente

al fatturato '98 d'ogni singolo erogatore. Con la rigida applicazione di questo criterio ad alcuni professionisti o strutture erano assegnati tetti per 10 milioni delle vecchie lire (ora circa 5.000,00 euro) od anche meno, ad altri, benché sullo stesso piano giuridico e normativo, tetto per 1 miliardo (ora circa 500.000,00 eu-

ro) od anche più. I successivi incrementi di fondi resisi disponibili per la branca e verificatisi nel corso degli anni, come diremo in seguito, non hanno fatto che aggravare ancora di più la situazione essendo stati assegnati sempre con il criterio della quota di mercato detenuta nel 1998. E tutto questo dal 1999 ad oggi! Queste direttive valsero per tutte le USL della Regione Puglia e determinarono l'immediata cessazione dell'attività convenzionale di tutti quei soggetti che nel corso del 1998 non avessero per qualsiasi motivo (il più frequente quello di salute) eseguito alcuna prestazione in convenzione. Per esemplificare chiamiamo questi soggetti D e sono i primi ad uscire definitivamente dal mercato. L'asse portante del sistema che si sviluppava da questo momento è in ogni modo non solo la scelta di un anno (possibilità in ogni caso deleteria nell'immediato per i soggetti D, come abbiamo appena visto), ma di quell'anno: il 1998. Infatti, tra il 1996 ed il 1998, in una prima fase si sono verificate situazioni che hanno consentito ad una parte dei soggetti erogatori di poter rafforzare il loro portafoglio (fatturato del '98) da portare in dote per tutti gli anni successivi (comunicazioni contraddittorie circa l'applicazione della libera scelta, manovre sui tariffari e ritardi nell'autorizzazione alla libera esecuzione degli esami con la metodologia immuno-enzimatica). Chiameremo questi soggetti, soggetti A. In una seconda fase, dopo il 1999, invece, veniva stabilita la ripartizione delle somme aggiuntive rese disponibili nel tempo in favore della branca specialistica sulla base della quota di mercato detenuta da ogni singolo soggetto al 31.12.1998, ampliando così notevolmente la disparità di trattamento tra gli erogatori della branca e favorendo l'accaparramento delle risorse da parte dei soggetti A discapito di tutti gli altri sogget-

ti che chiameremo soggetti B-C-D. Inteticamente ecco quindi il significato della scelta del 1998 da parte della Regione Puglia: blindare le situazioni di privilegio di quei pochi soggetti (A), cui è stato evitato l'onere della razionalizzazione della Spesa Sanitaria, sottraendoli alla potenziale concorrenza di B e C, nonché effettuare una sorta di fotografia delle quote di mercato detenute dalle varie strutture al 1998, fotografia effettuata però con una lente distorcenza per quanto riferito in precedenza. Da questo momento, se i soggetti D sono immediatamente spariti dal mercato, nel tempo con una morte lenta, ma sicura, saranno eliminati anche i soggetti B e C. Il meccanismo di ripartizione delle altre somme che si sono rese disponibili negli anni successivi basato sempre sul riferimento della quota di mercato detenuta nel '98, non farà che rafforzare il budget dei soggetti (A) a danno di tutti gli altri soggetti. Vediamo ora, in pratica, cosa ha provocato la perversione del meccanismo messo in atto. Consideriamo pertanto tre strutture per le quali nel 1998 fosse assegnato:

1. Struttura A: budget BA di un miliardo di lire;
2. Struttura B: budget BB di cento milioni di lire;
3. Struttura C: budget BC di dieci milioni di lire.

Nella tabella seguente si riporta l'evoluzione dei budget assegnati a ciascuna struttura. Dalla stessa si evidenzia che il meccanismo di ripartizione su base percentuale non fa che incrementare la forbice fra i budget assegnati alle strutture, con il passare degli anni (si passa dai 990 mil. di differenza di budget per il 1998 ai 1.495 milioni per il 2006, da 900 mil. a 1.359 mil. e dai 90 mil. ai 135,9 milioni.).

SEGUE NELLA 22

la rivista del turismo e del tempo libero

CAMPANIA

WEEK END

in edicola
in Campania

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

AVELLINO
Il museo Irpino

BENEVENTO
Tra storia e leggenda
Mongibello nel Sannio

CASERTA
Ciampate del Diavolo
La più grande pinacoteca di mondo

SALERNO
Notte di Luce
Cilento: Sulle orme di Enea

NAPOLI
Passeggiata tra i vicoli
dell'antica capitale del Regno

APPASSIONANTE VIAGGIO ALLA SCOPERTA DEI
SAPERI & SAPORI



Riorganizzazione della rete la sfida del futuro

Premessa (adeguamento delle strutture al DPR 14.01.1997)

per la sicurezza e l'igiene dei luoghi di lavoro; norme antincendio; controllo di qualità interno e V.E.Q. - verifica esterna della qualità -; carta dei servizi e manuale della qualità; superfici minime per le attività analitiche (labora-

di autorizzazione, devono possedere i requisiti ulteriori per l'accreditamento definitivo delle strutture, così come indicati per la Regione Molise dalla deliberazione n. 717 del 25.06.2007. La fase di accreditamento definitivo

e di ristrutturazione del servizio sanitario regionale (deliberazione n. 361 del 30.03.2007). Tale adempimento prevede una serie di obiettivi di risparmio soggetti a verifica ministeriale, prepediteca per l'erogazione

berati dal Piemonte; Abruzzo; Lazio).

La struttura del piano Ministeriale

- Il piano di riorganizzazione del Ministero prevede accordamenti di laboratori pubblici con una soglia minima di volumi di prestazioni erogabili e la classificazione delle prestazioni di laboratorio in prestazioni di base "B", prestazioni per laboratori core "C" e prestazioni per laboratori specialistici "S".
- Secondo il Ministero i Laboratori "B" hanno una soglia minima di 500 mila prestazioni/anno ed erogano prestazioni di base; I Laboratori core hanno una soglia minima da 1 a 3 milioni ed erogano prestazioni complesse; i laboratori specialistici erogano prestazioni ad alta specialità (genetica; biologia molecolare; virologia).

Lo smantellamento della rete territoriale

derLab Italia si basa sulla volontarietà delle scelte che i laboratori possono adottare per la salvaguardia dell'individualità dei medesimi e non sulla forzosa ed automatica trasformazione in Centri prelievi prevista dal Ministero.

Obiettivo di fondo della proposta FederLab Italia

Ridefinire una tipologia di servizio costruito intorno al paziente in modo integrato, che garantisca:

- equità, sia nei confronti degli utenti che degli erogatori;
- efficacia diagnostica, in termini di qualità del risultato e di rapporto utente-erogatore;
- efficienza economica, in termini di ottimale uso delle risorse e flessibilità organizzativa;
- appropriatezza, in termini di valorizzazione del lavoro dei Professionisti operanti sul territorio, indipendentemente dalla tipologia di organizzazione nella quale essi operino.



• Le strutture sanitarie, che operano in regime di provvisorio accreditamento, devono possedere tutti i requisiti minimi (specifici di branca specialistica e generali comuni a tutte le branche) previsti dal DPR 14.01.1997.

• Le strutture ambulatoriali di laboratorio oltre a rispettare il novero dei requisiti minimi previsti devono aggiornare il decreto di

autorizzazione sindacale posseduto, ovvero indicare nel medesimo i settori specializzati annessi al laboratorio generale di base.

• Il mancato aggiornamento del decreto e quindi il mancato riscontro con verifica della sussistenza dei requisiti minimi comporta la decadenza e la chiusura dell'esercizio del laboratorio, anche per l'attività privata.

torio di base 90 mq, per ogni settore specializzato annesso ulteriori 20mq) sicurezza elettrica e sismica dei luoghi di lavoro (etc. etc.)

Personale minimo richiesto ai laboratori DPR 14.01.1997

E' richiesta una dotazione minima di personale così composto: Un prelevatore (biologo abilitato e/o infermiere); Un Biologo e/o Medico Specialista Direttore Tecnico del laboratorio; Un collaboratore laureato (anche Medico prelevatore); Un Tecnico di Laboratorio; Un addetto alle attività amministrative; Un addetto alle pulizie e/o contratto con ditta di pulizia. Il Direttore del Laboratorio può dirigere anche un settore specializzato annesso e, nel caso in cui siano presenti altri settori, occorre che siano diretti da un Biologo per un minimo di ore settimanali

Principali requisiti minimi adeguamento DPR 14.01.1997

I principali requisiti minimi richiesti dal DPR 14.01.1997 sono i seguenti: aggiornamento e classificazione del decreto di autorizzazione sindacale con specificazione dei settori specializzati; adeguamento bagni per i portatori di handicap e superamento barriere architettoniche; attuazione Legge 626/96; norme

Requisiti ulteriori previsti per l'accreditamento

Le strutture che si sono adeguato ai requisiti minimi e, pertanto, rinnovato il decreto

dovrà, necessariamente, essere attuato entro il 31.12.2008.

Obblighi delle Regioni (Piano rientro dal debito)

• Le Regioni che hanno maturato debiti, che lo Stato è chiamato a ripianare, devono obbligatoriamente adottare un piano di rientro dal debito

delle somme destinate al ripiano de debito. Tra gli obiettivi fissati dal Ministero dell'Economia e della Salute figura la "riorganizzazione della rete dei laboratorio pubblici" e nel caso del Molise anche quella dei laboratori privati provvisoriamente accreditati.

• Tale obbligo ha indotto la Regione Molise a recepire il modello di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici proposto dal Ministero della Salute (analoghi provvedimenti sono già stati deli-

• L'ipotesi del Ministero di trasformare i laboratori piccoli e medi (che non raggiungono i valori di soglia minima dei volumi di prestazioni erogabili) in punti di prelievo, trova la FederLab Italia nettamente contraria. Pertanto, l'Associazione ha predisposto un proprio modello che, pur recependo i principi generali del Ministero, adotta criteri in grado di salvaguardare la rete dei piccoli e medi laboratori operanti sul territorio.

• Il modello proposto da Fe-

Riferimenti di principio - 1

Riferimento di principio è che l'accreditamento istituzionale venga riconosciuto, indipendentemente dalle dimensioni di struttura, a tutti coloro che ne abbiano i requisiti.

Riferimenti di principio - 2





NUOVE PROPOSTE



Previa definizione di protocolli di intesa con le Associazioni di Categoria, gli accordi contrattuali vengano sottoscritti sulla base di "volumi minimi di prestazioni anno".

La soglia minima è da calibrare a seconda della rete e delle necessità regionali

costi di produzione, come previsto dalla legge 296/2006 art. 1 comma 796 lett. "o".

Regola di base per i contratti

è pari a circa 100.000 prestazioni/anno.

Aggregazioni tra strutture. Gli erogatori che, da soli, non raggiungano una produttività media pari o superiore al valore definito in sede di programmazione (es.: 100.000

e aggregazione

Ciascun centro erogatore gestirà i rapporti con la aggregazione (ATI/società consortile, etc.) di cui esso fa parte, quali l'adesione, le dimissioni etc., secondo le modalità previste dalle vigenti norme del Codice Civile e delle leggi specifiche in materia.

del laboratorio

- requisiti di accesso del paziente: struttura, attrezzature e personale adeguati per l'esecuzione dei prelievi nonché la preparazione ed invio dei campioni;
- requisiti di esecuzione delle prestazioni: struttura, attrezzature e personale adeguati per l'esecuzione delle prestazioni, che saranno commisurati all'effettivo volume di prestazioni prodotto "in loco".

sonale atti a garantire la pronta esecuzione "in loco" esclusivamente per gli esami urgenti per i quali non necessita l'accesso ad una struttura di emergenza, anche sulla base di metodologia POCT.

Interazioni con la rete

Nel caso in cui una ATI/società consortile aderisca al servizio CUP (centro Unificato di Prenotazione) sarà reso disponibile un unico accesso da parte del servizio CUP, senza alcun tipo di preferenzialità per singole strutture aderenti.



Contratto e produzione

L'accordo contrattuale sarà sottoscritto dalla ATI/società consortile e varrà per tutti gli appartenenti ad essa. La produzione delle prestazioni potrà essere accentrata presso un laboratorio centralizzato, che potrà essere realizzato "ex novo" o individuato presso uno degli aderenti all'ATI/società consortile.

Prestazioni "in loco"

Le prestazioni eseguite in loco dal laboratorio saranno, prioritariamente, riferite alle tipologie di esami per i quali è opportuna o necessaria una rapida esecuzione ovvero è di difficile gestione la conservazione/trasporto del campione, e cioè batteriologia, parassitologia, ematologia, coagulazione, enzimogramma, esame urine

Ulteriori determinazioni normative

Saranno previsti specifici atti regolamentari per:

- i requisiti organizzativi richiesti ai P.A.D.;

- la suddivisione degli esami di laboratorio previsti nel nomenclatore tariffario regionale in esami di base (B), complessi (C) e specialistici (S)

Assetti possibili

All'interno della ATI/società consortile ciascun laboratorio aderente potrà assumere uno dei seguenti assetti: se esegue "in loco" almeno il 25% delle prestazioni, opera come laboratorio; se esegue "in loco" meno del 25% delle prestazioni opera come "Punto di Accesso e Diagnosi" (P.A.D.).

Requisiti del Punto Accesso e Diagnosi

- requisiti di accesso del paziente: struttura, attrezzature e personale adeguati per l'esecuzione dei prelievi nonché la preparazione ed invio dei campioni;
- requisiti diagnostici locali: struttura, attrezzature e per-

- la caratterizzazione di tre livelli di laboratorio, e di relativa dotazione tecnologica e strumentale;

- la definizione del repertorio di prestazioni che ricadono nell'ambito di attività di ciascun livello di laboratorio.

Blocchi di prestazioni

Vanno definiti scegliendo volumi di prestazioni/anno tali da assicurare sia il mantenimento di un adeguato livello di qualità del servizio offerto che il contenimento, nei limiti del possibile, dei

I contratti verranno stipulati sulla base di una quantità minima di prestazioni/anno, il cui valore numerico sarà proporzionale alla popolazione della regione, alla densità abitativa ed al grado di disagio sociale. Nel caso del Molise il valore ipotizzato in sede di proposta

prestazioni/anno) dovranno partecipare ad una aggregazione, che potrà essere costituita in una delle forme previste dal Codice Civile: A.T.I. (Associazioni Temporanee Impresa), Società Consortile; Consorzio;

Rapporti tra centro

Requisiti

kids on

prossima apertura Sondrio





Il 1 dicembre u.s. il Presidente di FederLab Italia Dott. Vincenzo D'Anna, accompagnato dal Dirigente Organizzativo di FederLab Italia Dott. Corrado Marino e dall'Avv. Arturo Umberto Meo, ha incontrato le strutture di laboratorio aderenti all' F.I.O.S.P./A.S.P.R.A. - Federazione Italiana Operatori Sanitari Privati /Associazione Sanità Privata Regionale Accreditata. Il Dottor Pier Francesco Greco, ha introdotto i lavori e, successivamente, il Presidente di FederLab Italia, dottor Vincenzo D'Anna ha illustrato le linee guida che l'Associazione intende attuare in materia di programmazione della spesa, (programmazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili e correlati tetti di spesa per branca specialistica) di un nuovo Nomenclatore Tariffario (Progetto Nomenclatore Tariffario per la rilevazione dei costi di produzione) e per la tutela delle strutture di laboratorio in Toscana vessata da provvedimenti assunti dalla Regione lesivi dei diritti delle strutture private accredita-

te (equiparazione pubblico-privato e libera scelta). Saranno attivate tutte le procedure di Legge utili al sostegno delle strutture e per la rivendicazione di diritti negati alle strutture medesime. Do-

po ampio dibattito le strutture presenti hanno convenuto di dover procedere alla costituzione della FederLab Toscana per allargare la base di partecipazione a tutti i laboratori della Toscana.

Una panoramica sugli incontri tenuti attraverso la Penisola



Mercoledì 5 dicembre scorso il Presidente di FederLab Italia Dott. Vincenzo D'Anna, accompagnato dal Dirigente Organizzativo di FederLab Italia Dott. Corrado Marino e dall'Avv. Arturo Umberto Meo, ha incontrato, presso la sede dell' Executive Hotel di Cosenza, le strutture Associate di Federlab Calabria. Si è discusso d'importanti tematiche tra cui: l' Accredimento di Federlab Calabria presso la Regione, la questione inerente la determinazione dei tetti di spesa anno 2007 e sulla sentenza TAR Lazio relativa all' annullamento D.M. 12.09.2006 (Nomenclatore Tariffario Ministeriale) ed i provvedimenti derivanti per la soppressione delle deliberazioni regionali di adozione del D.M.;



to-Regioni ha illustrato con sapiente maestria "La programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa, portando come esempio il modello Campano". Il dottor Giuseppe Zuccatelli - Ministero della Salute - Consulente per i piani di riorganizzazione della rete dei laboratori, ha parlato di "La riorganizzazione della rete dei laboratori quale nuovo strumento di programmazione"- Il dottor Vincenzo Pomo - Coordinatore A.R.E.S. Puglia - ha trattato l'argomento "Dal tetto di spesa individuale alla program-

mazione del fabbisogno sanitario. Ipotesi per il cambiamento". Il Dottor Alberto Mingardi - Direttore Generale dell'Istituto d'Economia "Bruno Leoni" Torino, è intervenuto invece sul tema: "Se il paziente è cliente. Il ruolo del privato nel futuro della Sanità". Non ha tradito le attese l'intervento del presidente di Federlab Italia dottor Vincenzo D'Anna che ha discusso su come le strutture private accreditate sono una risorsa e non problema. Il suo intervento particolarmente appassionato ha infervorato la platea.



"Il governo della spesa sanitaria, tetti di spesa e riorganizzazione della rete dei laboratori". Proposte a confronto. È stato questo il tema del Convegno tenutosi in Roma il 12 dicembre scorso. A far da cornice, lo splendido scenario del Centro Congressi "Spazio Etoile", Galleria Castani in Piazza San Lorenzo in Lucina ed una numerosa affluenza di pubblico che, con la sua presenza ha suggellato l'importanza del convegno. L'evento organizzato da FederLab Italia ha visto la partecipazione d'autorevoli personalità del mondo politico e della Sanità pubblica. A mode-

rare i lavori, la giornalista Daniela Bonito. Ad introdurre i lavori è stato l'avvocato Arturo Umberto Meo, consulente giuridico di Federlab Italia che ha illustrato gli importanti risultati ottenuti dall'Associazione in favore dei suoi iscritti. Il dottor Giancarlo Coraggio - Presidente Sezione Consultiva per gli atti normativi del Consiglio di Stato - ha parlato di "Il contributo della giurisprudenza alla definizione del modello di concertazione per la programmazione della spesa sanitaria"; mentre, il dottor Norberto Cau - Referente Regione Campania alla Conferenza Sta-



Le strutture private accreditate: una risorsa non un problema

I dati di FederlabItalia: "Fatti che dimostrano la veridicità delle tesi e delle ragioni del comparto dei laboratori privati"

► di Pierpaolo Cavallo

Spesa per la Specialistica
La spesa per la specialistica rappresenta il 4.2% della spesa sanitaria nazionale (dati 2004). In tutte le regioni il suo valore oscilla tra un minimo dello 0.7% ed un massimo del 6.1%; tuttavia la Specialistica eroga, in termini numerici, circa l'80% di tutte le prestazioni del SSN in Italia.

Area Laoratori
Nell'ambito della Specialistica, poi, il Laboratorio rappresenta la quota preponderante, con circa 850 milioni di prestazioni/anno su 1.1 miliardi di prestazioni totali, pari al 77% del totale. In pratica, nel SSN italiano, per ogni 100 prestazioni di ogni genere erogate, circa 61 sono analisi di laboratorio.

Spesa per Laboratori
Rispetto al 4.2% di spesa per la Specialistica dunque, abbiamo: 3.2% della spesa rappresentano dalle analisi di laboratorio,

che rappresentano circa il 61% delle prestazioni del SSN; Circa un terzo di queste erogate da privati accreditati, quindi, al 1.07%.

Parti eguali tra diseguali
Appare del tutto evidente che l'esiguità della spesa assorbita per le prestazioni di laboratorio non può, certamente, garantire recuperi significativi rispetto al ripiano di un debito sanitario, tutto prodotto in ambito ospedaliero, che ammonta a decine di miliardi di euro, con un fondo sanitario nazionale di oltre cento miliardi di euro. Si tratta della più grande delle ingiustizie, quella che preclude di fare parti uguali tra diseguali, richiedendo a chi ha poco di risparmiare molto.

Effetto dello sconto imposto
Lo sconto tariffario imposto dalla finanziaria 2007, quindi, avrebbe dovuto produrre un risparmio per il SSN pari al 20% della produzione dei laboratori privati, che è pari

all'1% circa. In pratica tale norma mirava a distruggere un intero settore assistenziale in cambio di un risparmio dello 0.2% delle spese totali.

Centri e prestazioni ambulatori
Vi è una apparente correlazione diretta tra numero di centri e numero di prestazioni erogate: l'analisi di regressione mostra che al crescere del numero di centri ambulatori (asse X) crescerebbe la quantità di prestazioni erogate (asse Y), con un alta correlazione ($r=0.96$).

Centri e spese ambulatoriale
Vi è una apparente correlazione diretta anche tra numero di centri e spese per prestazioni erogate: l'analisi di regressione mostra che al crescere del numero di centri ambulatoriali (asse X) crescerebbe la spesa per prestazioni erogate (asse Y), con una alta correlazione ($r=0.98$).

In realtà...
... le cose NON stanno così.



Un momento del convegno



Il Presidente D'Anna con il dott. Giancarlo Coraggio

I valori prima presentati sono valori assoluti, che non tengono conto della EFFETTIVA realtà delle singole regioni. Se valutiamo i dati PRO CAPITALE, le cose cambiano in maniera vistosa.

Centri e spese PRO CAPITALE
La spesa ambulatoriale pro capite NON cresce al crescere del numero di centri, come si evince dall'analisi di regressione tra numero di strutture ambulatoriali (asse X) e spesa pro capite (asse Y). La correlazione è molto bassa ($r=0.30$).

Prestazioni e spese PRO CAPITALE
La spesa ambulatoriale pro capite NON cresce nemmeno al crescere del numero di prestazioni pro capite, come si evince dall'analisi di regressione tra numero di prestazioni pro capite (asse X) e spesa pro capite (asse Y). La correlazione è bassa ($r=0.43$).

E che ruolo ha il privato?
Da molte parti si afferma, in modo apodittico e non documentato, che al crescere della offerta da parte di privati la

spesa tende a crescere. Ciò NON È VERO, e per dimostrarlo basta confrontare la spesa ambulatoriale con la quota di privato e verificare se, dove è più alta la quota di privato, è più alta anche la spesa.

Spesa ambulatoriale e privato
La spesa ambulatoriale NON ha correlazione con la quota di privato: l'analisi di regressione tra peso della spesa per il privato (asse X) e spesa totale (asse Y) mostra una correlazione bassissima ($r=0.24$).

Spese per laboratori e privati
Anche le spese per laboratori Non ha correlazione con la quota di privato: l'analisi di regressione tra peso della spesa per il privato (asse X) e spesa totale (asse Y) mostra una bassa correlazione ($r=0.39$).

Ruolo del laboratorio
All'interno della rete ambulatoriale il laboratorio ha un ruolo centrale: circa il 70% di tutte le diagnosi della moderna medicina si basa sul dato fornito dal laboratorio. Tuttavia qualcuno afferma che il numero di strutture possa in-

fluenzare la domanda. Anche questo non è vero.

Analisi pro capite e spesa per laboratorio
Il numero di analisi medio pro capite mostra una ridotta correlazione, per giunta negativa ($r=-0.43$) con la percentuale di spese assorbita dal laboratorio.

Bacini di utenza e spesa per laboratorio
Anche le dimensioni del bacino di utenza medio per laboratorio mostrano una correlazione negativa ($r=-0.72$) con la percentuale di spesa assorbita dal laboratorio, con bacino d'utenza medio pari a 23.855.

Insomma...
... per il laboratorio nel suo complesso appare evidente come: al crescere della domanda (analisi pro capite) cala la percentuale di assorbimento di risorse, e tutto ciò senza bisogno di arrivare a bacini di milioni di utenti!

A proposito di bacini d'utenza
Il dato medio nazionale è 23.855 cittadini/laboratorio. I limiti di confidenza al 95% fotografano un laboratorio "medio" che serve, nel 95% dei casi, una popolazione compresa tra 12.245 e 35.466 cittadini. Già su queste dimensioni al crescere della domanda cala l'assorbimento di risorse: non si capisce quale sia il bisogno di megastrutture.

I dati sono stati trattati da:
MINISTERO DELLA SALUTE
CERGAS BOCCONI
CEIS UNIVERSITÀ TOR VERGATA
CENTRO STUDI ASSOBIOMEDICA
Essi sono relativi alle regioni italiane, e sono stati elaborati a cura del **Centro studi Federlab Italia**.



Il Presidente D'Anna con il dott. Giuseppe Zuccatelli



Il Presidente D'Anna con il dott. Vincenzo Pomo



LA REGOLA DELLE TRE "A"

Accreditamento: istruzioni per l'uso

Nel 1992 alle Regioni è stato affidato il compito di disciplinare i procedimenti relativi all'autorizzazione delle strutture sanitarie

► di Salvatore Cortese

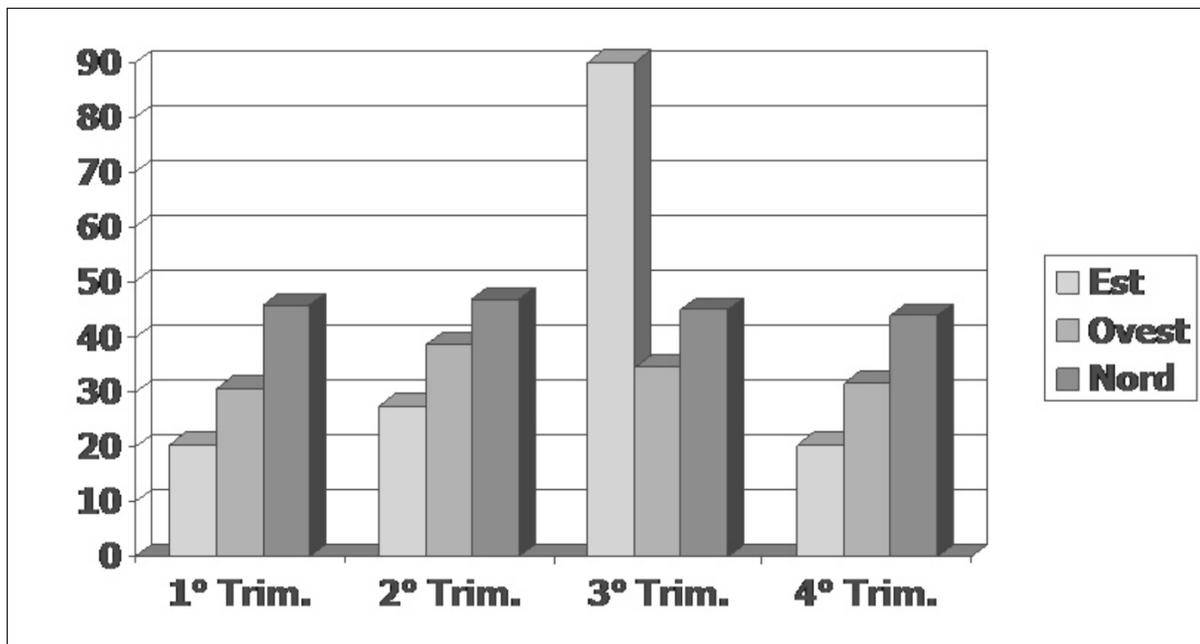
Nel Sistema Sanitario italiano l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie è il presupposto indispensabile perché una struttura sanitaria possa divenire erogatore effettivo di prestazioni remunerate o rese per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 1992 alle Regioni è stato affidato il compito di disciplinare i procedimenti relativi all'autorizzazione ed all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie (D. Lgs. N. 502 del 1992 - art. 8).

Il DPR 14 gennaio 1997 approva l'"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

Con il D. Lgs. N. 229 del 1999 e, infine con la Legge costituzionale n. 3/2001 si è meglio dettagliato il quadro di riferimento normativo entro il quale le Regioni dovevano operare la sequenza delle tre "A".

Autorizzazione: si intende il provvedimento amministrativo che rende lecito l'esercizio dell'attività sanitaria da parte di qualsiasi soggetto pubblico e privato in possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici, ed organizzativi de-



finiti dalla deliberazione n° 3958/01, e successive modifiche (deliberazione n° 7301) **AccREDITAMENTO:** si intende l'atto con il quale si riconosce ai soggetti già autorizzati all'esercizio di attività sanitarie lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. (regolamento n. 1 del 22 giugno 2007) **Accordi contrattuali:** nel con-

testo dell'accREDITAMENTO sanitario, sono gli accordi di fornitura di prestazioni che il Servizio sanitario nazionale o regionale possono stipulare con i soggetti accREDITATI (cliniche, ambulatori, laboratori di analisi, ecc).

AccREDITAMENTO istituzionale: ha come obiettivo la regolazione dell'ingresso nel mercato sanitario dei soggetti che intendano erogare prestazioni per

conto del Servizio Sanitario Nazionale, attivando un processo permanente di promozione e miglioramento della qualità dei servizi sanitari e socio sanitari.

Vediamo come è stato gestito l'accREDITAMENTO istituzionale nella regione Campania:

La Giunta Regionale nella seduta del 29 luglio 2004 con deliberazione n. 1526 - Area Generale di Coordinamento N. 20

Assistenza Sanitaria e N. 19 Piano Sanitario Regionale ha definito i requisiti ulteriori e delle procedure per l'accREDITAMENTO istituzionale ai sensi dell'art. 8 quater - D.Lgs.502/92 e successive modifiche ed integrazioni - dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale. Il regolamento del 22 giugno

2007 definisce i "requisiti ulteriori e le procedure 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"

E quindi di seguito:

1. Strutture di specialistica in regime ambulatoriale:

A) attività specialistiche mediche e chirurgiche;

B) attività specialistica odontoiatrica;

C) attività di medicina di laboratorio;

D) attività di medicina trasfusionale;

D) attività di medicina patologica;

E) attività di diabetologia;

F) attività di diagnostica per immagini;

G) attività di radioterapia;

H) attività di medicina nucleare in vivo;

I) attività di terapia iperbarica;

L) centri di salute mentale;

M) consultori familiari;

N) presidi ambulatoriali per la prevenzione ed il trattamento delle tossicodipendenze

2. Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, a ciclo continuo o diurno;

3. Le strutture sanitarie o sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale o semiresidenziale.

CAMPANIA
WEEK END

guardare la campania con altri occhi

www.campaniaweekend.it
da febbraio
on line
tutte le strutture
ricettive
e non solo
della Campania



L'accreditamento istituzionale alle seguenti condizioni:

a) essere in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, rilasciata ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 3958 del 07.08.2001 e successive modifiche ed integrazioni (DGRC 7301);

b) essere in possesso dei requisiti ulteriori definiti nei Capi II e III del regolamento n° 1

L'istanza per l'accreditamento istituzionale deve essere redatta secondo il modello sub - allegato A) Al essere inoltrata all'Assessorato Regionale alla Sanità.

(All'Assessorato alla Sanità - Regione Campania - Centro Direzionale Isola C/3 CAP 80143 Napoli).

Alla richiesta di accreditamento devono essere allegati:

a) l'autorizzazione all'esercizio;

b) una relazione, a firma del soggetto titolare, che documenta le attività svolte negli ultimi 24 mesi con specifico riferimento a:

1) volumi e tipologie delle prestazioni erogate;

2) casistica trattata (case-mix);

3) qualità espressa in termini di accessibilità, umanizzazione, appropriatezza, riduzione dei tempi e liste di attesa, continuità delle cure, riduzione dei rischi, soddisfazione degli utenti.

Di seguito si riportano alcune precisazioni in merito al decreto sindacale (Drg 7301).

Controllare che l'autorizzazione deve indicare:

a) i dati anagrafici del soggetto richiedente, nel caso lo stesso sia persona fisica;

b) la sede e la ragione sociale, nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;

c) la sede e la denominazione, nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;

d) la tipologia delle prestazioni autorizzate;

e) per le strutture private e private temporaneamente accreditate il nome ed i titoli accademici del direttore sanitario, ove richiesto dai requisiti minimi organizzativi approvati dalla Giunta Regionale.

Bisogna Ricordarsi che:

I soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria inviano, con cadenza triennale, al Comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti con il presente documento.

Per chi non ancora ha avuto il decreto sindacale

In caso di inerzia, ingiustificato ritardo od omissione da par-

ordinarli.

Esempio consideriamo i dati che hanno una valenza contrattuale :

1) Numero totali di prestazioni per settore, espresso in valore assoluto ed in percentuale;

2) Costo medio delle prestazioni, complessivo e per cia-

4) Ecc.

ACCESSIBILITA'

L'accessibilità nella Sanità è intesa come la possibilità del singolo cittadino (o di un gruppo omogeneo di cittadini) di usufruire dei servizi sanitari di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in

apertura della struttura sanitaria, orari per la consegna dei referti, ecc.

Indica la facilità con la quale l'utente ha la possibilità di accedere alla strutture e fruire dei servizi

APPROPRIATEZZA

Aspetto clinico: si ha appro-

esami, test) e la loro effettuazione.

Il 23 febbraio 2002 è entrato in vigore il decreto del Presidente del consiglio dei Ministri (DPCM 29 nov. 2001, G.U. n. 33 dell'8 febbraio (2002) che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini comprende il riconoscimento all'interno dei LEA dell'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, alla trasparenza, all'urgenza

CONTINUITA' NELLE CURE

Indicare i giorni di accesso al laboratorio ed eventualmente se sono stati pianificati i periodi di chiusura per ferie e festività.

Riduzione dei rischi

Indicare le misure messe in atto per la riduzione del rischio biologico in laboratorio ed in sala prelievi per salvaguardare i clienti dalla contaminazione. Ridurre potenziali rischi di natura fisica e chimica per i clienti che accedono alla struttura.

soddisfazione degli utenti

Raccogliere un numero significativo di questionari di soddisfazione degli utenti, oppure interviste, e riassumerle in documenti di sintesi, compreso le informazioni di ritorno dei clienti.

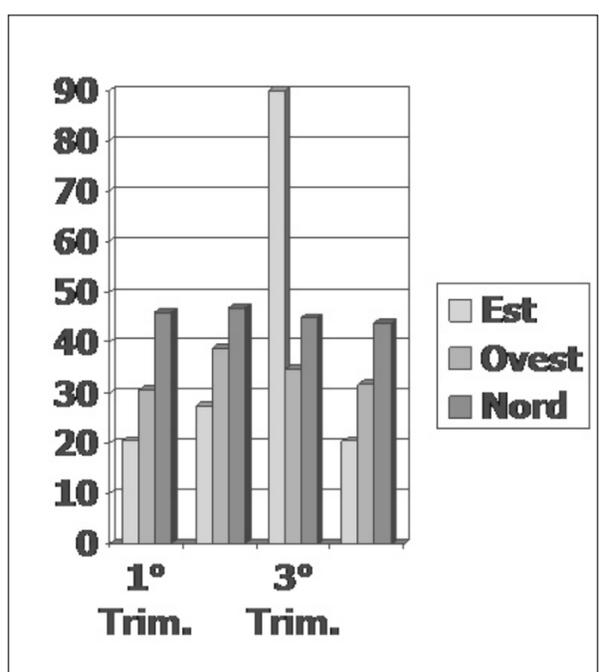
GLI OBIETTIVI DI FEDERLAB-SBV

La FEDERLAB-SBV ha come obiettivo quello di sostenere tutte le strutture associate nel processo di accreditamento istituzionale.

Accrescere la consapevolezza e la comprensione dei requisiti per l'accreditamento

Il regolamento del 22 giugno 2007 prevede la formazione "a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri.

Deve essere documentata la partecipazione da parte del personale sanitario ad un corso di rianimazione cardiopolmonare di base per almeno il 75% del personale sanitario".



Un momento della I Giornata di Formazione Federlab Italia teutasi a Roma. Nella foto il dottor Salvatore Cortese e il consulente giuridico Arturo Umberto Meo

priatezza quando il medico adotta nei confronti del paziente interventi preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi atti a produrre effettivi benefici per il suo stato di salute.

(protocolli e VRQ) Nel laboratorio fa riferimento Essenziale al controllo di qualità interno, esterno e interlaboratorio. (CQI, VEQ)

RIDUZIONE DEI TEMPI E DELLE LISTE DI ATTESA

I tempi di attesa indicano il periodo che intercorre tra la richiesta di prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche,

te delle ASL per quanto di loro competenza, la Giunta Regionale, previa diffida e su proposta dell'Assessore alla Sanità, adotta i provvedimenti omessi o comunque necessari, nel termine perentorio di sessanta giorni a partire dalla data della diffida

Volumi e tipologia delle prestazioni erogate da riportare nella relazione

Per Volumi: Indicare quante prestazioni sono state erogate negli ultimi 24 mesi. Il dato può essere ricavato dai software di gestione delle strutture.

Per la Tipologia: nel caso dei laboratori la tipologia, fa riferimento alle prestazioni afferenti al laboratorio generale di base ed ai settori specializzati aggregati. Per le altre branche, indicare quali prestazioni vengono erogate casistica trattata (case-mix)

Concettualmente si intende la casistica trattata che risulta superiore a quella di riferimento. Basta estrapolare i dati numerici dal software gestionale ed

scun singolo settore; 3) Numero totale di esenti e non esenti, in valore assoluto ed in percentuale,

modo efficace, efficiente ed appropriato. L'accessibilità può essere indicata come il numero di ore di

www.federlabitalia.com

HOME

ORGANI SOCIALI

LO STATUTO

CONTATTI

COME ADERIRE

BACHECA

LINKS

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

Eventi Normativa Giurisprudenza Documenti Utili Servizio SMS Ufficio Legale Direttivo Nazionale Webmail



MEMORANDUM PER LA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

Quando presentare l'istanza:

Il periodo utile per la presentazione della domanda va dal 31 ottobre al 28 febbraio

Dove presentare l'istanza

L'istanza per l'accreditamento istituzionale deve: essere redatta secondo il modello sub-allegato A) AI essere inoltrata all'Assessorato Regionale alla Sanità (Assessorato alla Sanità - Regione Campania - Centro Direzionale Isola C/3 CAP 80143 Napoli)

Quali sono i Requisiti necessari per richiedere l'accreditamento

a) essere in possesso dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, rilasciata ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 3958 del 07.08.2001 e successive modifiche ed integrazioni DGRC 7301;
b) essere in possesso dei requisiti ulteriori definiti al Capo II ed al Capo III del regolamento n° 1

Controllare prima di consegnare l'istanza che IL DECRETO SINDACALE indichi:

a) i dati anagrafici del soggetto richiedente, nel caso lo stesso sia persona fi-

sica;
b) la sede e la ragione sociale, nel caso in cui il soggetto richiedente sia una società;
c) la sede e la denominazione, nel caso in cui il richiedente sia un soggetto pubblico;
d) la tipologia delle prestazioni autorizzate;
e) per le strutture private e private temporaneamente accreditate il nome ed i titoli accademici del direttore sanitario.

Non dimenticare che:

I soggetti autorizzati all'esercizio dell'attività sanitaria inviano, con cadenza triennale, al Comune una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi definiti dalla 3958 e successive modifiche DGR C7301

Per coloro che non hanno ancora il decreto autorizzativo 7301 si ricorda che

In caso di inerzia, ingiustificato ritardo od omissione da parte delle ASL per quanto di loro competenza, la Giunta Regionale, previa diffida e su proposta dell'Assessore alla Sanità,

adotta i provvedimenti omissi o comunque necessari, nel termine perentorio di sessanta giorni a partire dalla data della diffida.

Relazione riassuntiva degli ultimi 24 mesi da allegare all'istanza

VOLUMI E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI EROGATE;

Volumi: Indicare quante prestazioni sono state erogate negli ultimi 24 mesi. Il dato può essere ricavato dai software di gestione delle strutture. Tipologia: Per i laboratori la tipologia fa riferimento alle prestazioni afferenti al laboratorio generale di base ed ai settori specializzati aggregati. Per le altre branche, indicare quali prestazioni sono erogate.

CASISTICA TRATTATA (CASE-MIX)

Basta estrapolare i dati numerici dal software gestionale ed ordinarli.

Esempio:

- 1) Numero totale delle prestazioni per settore, espresso in valore assoluto ed in percentuale;
- 2) Costo medio delle prestazioni, complessivo e per ciascun singolo settore;
- 3) Numero totale di esenti e non esenti, numericamente e in percentuale;
- 4) Altri dati disponibili.

ACCESSIBILITÀ

Indicare gli orari di apertura e chiusa; i tempi per la consegna dei referti; gli orari per i prelievi; modalità di prenotazione, ecc. qualsiasi altra informazione necessaria per un efficace accesso al servizio.

UMANIZZAZIONE

Indicare come il centro sia mirato ad avvicinarsi quanto più è possibile alle esigenze della sfera emotiva, psicologica e morale del paziente, descrivendo sinteticamente:

- come migliorate e rendete confortevoli i locali;
 - come fate partecipare i vostri utenti al miglioramento del servizio;
 - come il personale si relaziona con gli utenti ed ascolta le loro esigenze;
- E' opportuno prevedere un questionario di soddisfazione che tenga conto dei suddetti aspetti organizzativi.

APPROPRIATEZZA

- 1) E' necessario predisporre sistemi di informazione per comunicare agli utenti come prepararsi correttamente alla prestazione.
- 2) Nel caso del laboratorio indicare gli esiti del controllo qualità interno, esterno ed interlaboratorio eseguito, eventualmente dando indicazione sulla imprecisione analitica misurata.
- 3) per le branche a visita, indicare

l'eventuale utilizzo di protocolli e linee-guida riconosciute.

RIDUZIONE DEI TEMPI E LISTE DI ATTESA

Indicare i tempi per la prenotazione del prelievo in sede o a domicilio o di ciascun'altra prestazione sanitaria. Indicare i tempi di refertazione medi ed i tempi di refertazione di ciascuna prestazione o raggruppandole per settore.

CONTINUITÀ DELLE CURE;

Indicare i giorni di accesso al laboratorio ed eventualmente se sono stati pianificati i periodi di chiusura per ferie e festività.

RIDUZIONE DEI RISCHI:

Indicare le misure messe in atto per la riduzione del rischio biologico in laboratorio ed in sala prelievi al fine di salvaguardare gli utenti dalla contaminazione.

Ridurre potenziali rischi di natura fisica e chimica per gli utenti che accedono alla struttura.

SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Raccogliere un numero significativo di questionari di soddisfazione degli utenti, oppure interviste, e riassumerle in documenti di sintesi, compreso le informazioni di ritorno.

cremoso [di bufala]
una perla per il vostro palato.



*trovate
tutti i nostri
prodotti
nei migliori
ristoranti
e nelle
migliori
gastronomie*



**SAPORI
CAMPANI**

Via Circumvallazione, 48
81056 SPARANISE (CE)
tel. 0823 877441
saporicampani@virgilio.it
www.artebufala.135.it



Fortemente penalizzati i laboratori di analisi



Dott. Giuseppe Zuccatelli, consulente del Ministero Salute

► di Vittorio Gatti

I Laboratori d'Analisi sono oggetto di provvedimenti legislativi a carattere nazionale e regionale che sono fortemente penalizzanti per la disciplina di Medicina di laboratorio.

Partendo da un erroneo assunto, quello che pretende di imporre un modello organizzativo basato su Mega-strutture di Laboratorio al fine di produrre risparmi nella spesa del comparto, il legislatore nazionale ha previsto nella Legge Finanziaria 2007 un abbattimento del 20% delle tariffe di laboratorio.

Considerato che l'incidenza della spesa per la Branchia di laboratorio è dell'1,9% dell'intero Fondo Sanitario Nazionale ben si comprende quanto sia velleitario il proponimento di produrre significativi risparmi di spesa su quel versante. Eppure il Comparto dei laboratori privati accreditati produce il 60% delle prestazioni occorrenti, senza liste d'attesa per l'utente con costi da tre e fino a cinque volte inferiori rispetto a quelli documentati dell'analogo comparto a gestione statale.

Decurtare le tariffe del 20%, dopo aver adottato un Tariffario Ministeriale (D.M. 22/07/96) che già prevede per la Branchia di laboratorio un abbassamento delle tariffe del 19% rispetto a quelle in vigore precedentemente, significa richiedere alle Strutture di lavorare in perdita e di produrre prestazioni prive dei requisiti di qualità. Paradossalmente contemporaneamente si prefigura una limitazione per il Comparto di laboratorio si adotta un Nomenclatore tariffario che incrementa la spesa totale aumentando, tra l'altro, le tariffe d'altre Branche Specialistiche del 20 e del 30%. Il piano di riorganizzazione della rete di Laboratori può certamente determinare una razionalizzazione della spesa ma non può avere risultati miracolistici; l'illusione di ridurre oltre i limiti possibili i costi di produzione con la creazione di Mega-strutture e trasformando i Laboratori in punti prelievo, non trova a tutt'oggi alcun pratico riscontro né potrà trovarne in Abruzzo.

Si tratta d'affermazioni apodittiche figlie di pregiudizi ideologici che vogliono imporre in Italia il modello organizzativo Tosco-Emiliano, estraneo alla realtà regionale dell'Abruzzo. Occorre creare scelte condivise con le Associazioni di Categoria ed a tal fine deve essere inasprito il più volte auspicato

Tavolo di concertazione con le Associazioni medesime.

FederLab Italia - O.S.C.R.A., con un organico documento, avrà cura di sottoporre alle competenti autorità un progetto di riorganizzazione della rete, tenendo conto sia di quello che è già previsto nel Piano Sanitario Regionale oggetto dell'odierna discussione, sia d'ulteriori proposte per il suo miglioramento.

In linea di principio, occorre tutelare la capillare rete di laboratori, tuttora operante sul territorio regionale, essendo la stessa una formidabile opportunità d'accesso alle prestazioni da parte dell'utenza ed in particolare dei malati cronici e delle fasce deboli, per di più a costo zero per il Servizio Sanitario Regionale.

Bisognerà prevedere che le singole strutture accreditate, in regola con i requisiti tutti previsti per l'accreditamento istituzionale, possano continuare ad erogare in loco gli esami urgenti e quelli di particolare complessità non automatizzabili né conferibili altrove. Viceversa le strutture potranno conferire a punti d'accentramento diagnostico gli esami automatizzabili, al fine di produrre economie di scala e risparmi nella contrattazione con le singole Aziende Sanitarie Locali.

Associazioni temporanee d'impresa e/o Società consortili potranno essere previste tra singole Strutture accreditate le quali stipuleranno contratti, per l'erogazione di volumi di prestazioni con correlati limiti di spesa così come determinati per ciascuna Branchia specialistica.

Al riguardo stigmatizzo quanti sia iniquo l'istituto dei tetti di spesa in capo alle singole e quanto tale metodo sia inidoneo per la corretta programmazione del fabbisogno.

Depauperare il Servizio Sanitario Regionale del patrimonio d'esperienza, efficienza ed economicità connesso alle Strutture di laboratorio private accreditate, rappresenterebbe un elemento negativo sia in termini occupazionali, sia in termini di risparmio sulla spesa sia per la capillarità d'erogazioni del servizio.

Tutto quanto sopra evidenziato, confido in una prossima opportunità concessa all'Associazione di Categoria per un più approfondito discorso riguardante le norme di realizzazione della rete di Laboratori operanti nella Regione Abruzzo.

Il Piano di fattibilità per la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici? Una Chimera

► di Pierpaolo Cavallo*

Il piano di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici sostenuto dai Tecnici del Ministero della Salute predisposti dal Consulente del Ministero prof Giuseppe "Zuccatelli" è stato "vivamente consigliato"

guiranno prestazioni di tipo C con volumi da uno a tre milioni di prestazioni anno - presso i quali confluiranno gli esami complessi dei laboratori di base. Queste strutture avranno datazione tecnologica e strumentale

adeguata alla tipologia delle prestazioni erogabili. Infine, laboratori specialistici per l'esecuzione d'indagine d'altre complessità quali quelle di virologia, batteriologia, tossicologia e biologia molecolare.



Prof. Pierpaolo Cavallo

anche ad altre regioni.

Il Piano già adottato, con modifiche marginali delle Regioni Abruzzo e Piemonte sta per essere adottato dal Lazio e dal Molise. La metodologia proposta dal consulente ministeriale, già dirigente presso le regioni Emilia Romagna e Marche, prevede l'accorpamento dei laboratori pubblici più territoriali che ospedalieri in strutture di laboratori di grandi dimensioni; previsto inoltre dallo studio ministeriale la classificazione delle prestazioni di laboratorio in prestazioni di base (B) in prestazioni complesse (C) ed in prestazioni specialistiche (S). I laboratori di base eseguiranno prestazioni di tipo B per un volume minimo di 500.000 prestazioni annue equivalenti a 250 prelievi giornalieri in laboratori di tipo "Core" che ese-

guiranno prestazioni di tipo C con volumi da uno a tre milioni di prestazioni anno - presso i quali confluiranno gli esami complessi dei laboratori di base. Queste strutture avranno datazione tecnologica e strumentale adeguata alla tipologia delle prestazioni erogabili. Infine, laboratori specialistici per l'esecuzione d'indagine d'altre complessità quali quelle di virologia, batteriologia, tossicologia e biologia molecolare. Lo studio proposto dal Ministero e calato nelle realtà regionali non documenta analiticamente e completamente i costi di gestione. Come un vero e proprio specchio per le allodole prospetta soluzioni d'economicità né riscontrabili né verificabili nella pratica. Basti evidenziare che, i costi dei numerosi Centri prelievo ipotizzati come rete d'accesso alle prestazioni di laboratorio per la cittadinanza, non compaiono nelle analisi economiche; così come di dubbia veridicità appaiono i dati relativi ai volumi di prestazioni erogate dai laboratori pubblici, per i quali non è indicato il costo Sumai (specialisti ambulatoriali interni), spesa, che incide nella produzione di prestazioni per il 50% del valore della produzione stessa.

*Ufficio studi FederlabItalia

L'ipotesi di riassetto di Federlab Italia per il Molise

► di Pierpaolo Cavallo

A riprova di quanto fallaci siano le determinazioni dei costi nel comparto pubblico sia presso i laboratori di medie dimensioni, tuttora operanti, sia quelli ipotizzati dal Ministero, giunge l'esempio di una piccola regione: il Molise, che sebbene di ridotte dimensioni ha analizzato correttamente i costi di gestione e di produzione delle prestazioni di laboratorio nell'ambito pubblico. La "scoperta" del Molise consiste nell'evidenziare come il solo costo di gestione dei Centri prelievo e dei mezzi di trasporto dei campioni al Mega Laboratorio si sovrappone al costo medio della tariffa pagata ai laboratori privati accreditati. A tale cifra devono aggiungersi i costi di produzione delle prestazioni sebbene centralizzati. Federlab Italia a fronte di questo stato di cose ha preparato un proprio Piano di riorganizzazione della rete laboratoristica privata, nella previsione che l'organizzazione del settore pubblico indurrà necessariamente, analoghi provvedimenti nel comparto privato. Elementi qualificanti del Progetto Federlab Italia è la flessibilità: ogni Regione adotta uno specifico Piano di riorganizzazione sulla ba-

se delle peculiari esigenze territoriali, sociali e la tutela della Rete territoriale dei laboratori intesa come formidabile opportunità d'accesso alle prenotazioni da parte dell'utente. Immaginare di trasformare forzatamente ed automaticamente i laboratori in Centri prelievo è un'operazione dirigista priva d'espressivi risparmi e lesiva degli interessi dei ceti sociali meno abbienti e delle zone disagiate e scarsamente popolate. Una Rete, quella dei laboratori privati a costo zero per lo Stato, ma che consente l'erogazione omogenea ed efficiente delle prestazioni sul territorio. Il modello Federlab Italia prevede la costituzione volontaria di forme associative tra singoli laboratori che scelgono liberamente se funzionare da struttura autonoma accreditata oppure, trasformarsi in Punti d'accesso e diagnosi (PAD) ovvero, in luoghi ove possono essere svolte attività di prelievo, consegna dei referti ed esecuzione d'esami rapidi di prima richiesta così come previsto nelle farmacie aperte al pubblico. Un modello che incentiva l'accentramento produttivo senza svilire l'identità e la rete degli operatori e delle Strutture.

