

Percorrere la nuova via per salvaguardare le identità regionali i

# Tariffe, operazione trasparenza

Perentorio dire no a voce alta alla standardizzazione dei modelli territoriali

**EDITORIALE**



**Le bugie hanno le gambe lunghe**

► Vincenzo D'Anna\*

“E' più difficile vincere il pregiudizio che dividere l'atomo”, amava ripetere Albert Einstein.

Ed è un persistente pregiudizio quello che alimenta molte delle asserzioni, spesso del tutto teoriche, sui costi standard di produzione delle prestazioni di Laboratorio e delle relative tariffe da utilizzare per retribuire le prestazioni medesime. Si tratta, molto spesso, d'affermazioni apodittiche che danno per scontata la possibilità di poter ridurre drasticamente sia i costi di produzione delle prestazioni di Laboratorio sia le relative Tariffe, mediante il massiccio utilizzo dell'automazione nella pratica di Laboratorio.

Meglio ancora se l'automazione è realizzata nell'ambito di Laboratori con grandi capacità produttive, frutto dell'accorpamento, ovvero della trasformazione in centri prelievo, dei laboratori di più piccole capacità produttive esistenti negli ambiti territoriali vasti.

Non sappiamo in quali ambienti scientifici e burocratici abbia preso corpo l'idea tenace e persistente, di “mettere in riga” la medicina di laboratorio, nel mare magno delle urgenze e dei gravi problemi che affliggono la sanità italiana.

Eppure la diagnostica di laboratorio è ancora l'unica branca specialistica sottoposta all'osservanza di stringenti, quanto onerosi, requisiti organizzativi specifici (strutturali, strumentali e di personale) dettati dal Dpcm 10.2.1984.

Un grave onere di spesa cui si aggiunge l'onere derivante dall'osservanza dei requisiti minimi generali, comuni a tutte le altre branche specialistiche, e dei requisiti



**ALL'INTERNO**

**Tariffe e costi di produzione, avviata la rilevazione** pag. 2

**Il sì di Fazio a D'Anna ai tavoli tecnici ministeriali** pag. 8

**Sicilia, tutti i numeri di spesa per branca specialistica** pag. 14

Ulteriori “di Qualità imposti dalle procedure d'accreditamento istituzionale. Ancora oggi, per altre branche specialistiche strumentali (Radiologia, Radioterapia, Medicina Nucleare, Cardiologia), non sono codificati requisiti specifici, con le relative spese, pur alla presenza di una complessità organizzativa analoga a quella di Laboratorio.

Giova ricordare che la branca di laboratorio rappresenta in termini di spesa poco più dell'1% del Fondo Sanitario Nazionale, e non dovrebbe rappresentare un addendo di spesa indicativo e che le strutture private accreditate sono, per la loro

realizzazione, adeguamento ed ammodernamento, a costo zero per lo Stato. Sappiamo in quali contesti Politici è nata ed è stata alimentata la “Titanica” lotta alle strutture di laboratorio colpevoli di non rispondere al “Modello organizzativo Standard” e perché ci sia in giro un'agguerrita schiera di Tecnici ed Esperti del settore che suggerisce di utilizzare il cannone per annichilire le piccole mosche del laboratorio.

Lo scopo è di imporre su scala nazionale il citato “Modello organizzativo Standard” vigente in quelle Regioni a forte connotazione statalista (Toscana, Emilia

Romagna); Regioni rese immuni da ogni forma di competizione tra pubblico e privato nel comparto della specialistica ambulatoriale. Contesti territoriali dove le strutture private accreditate sono state progressivamente ridotte al lumicino dalla continua riduzione dei tetti di Spesa, peraltro imposti al solo settore privato, in ragione di un pregiudizio ideologico che ha fortemente connotato la politica sanitaria, con il sistematico sviamento dell'utenza verso le strutture a gestione statale.

Ad un “Modello organizzativo Standard” deve, necessariamente, corrispondere un “Costo di produzione Standard” delle prestazioni di Laboratorio ed una “Tariffa di remunerazione Standard” delle prestazioni medesime, e così si dovrebbe chiudere la partita. E tuttavia ancora ignoti sono i dati economici e finanziari di gestione delle Mega strutture di laboratorio che sono state realizzate, con cospicuo impiego di danaro pubblico in quelle particolari Regioni; ancora ignota è la misurazione degli indicatori di qualità, dei tempi d'attesa ed accessibilità alle prestazioni ed il gradimento dell'utenza liberamente espresso. Ancora ignoti sono i dati di spesa rilevati nelle realtà regionali che, legittimamente, adottano modelli organizzativi diversi dal modello Tosco-Emiliano, anche in ragione di una diversa realtà socio-sanitaria, di una rete assistenziale che risponde ad altre necessità ed esigenze. Allora sarà bene dirlo chiaro e forte: le strutture di laboratorio private accreditate, rappresentate da Federlab Italia, non si faranno annientare con l'imposizione dei “Modelli organizzativi Standard”, né tanto meno saranno affamate da “Tariffe di remunerazione Standard” determinate attraverso la documentazione dei “Costi di produzione Standard” rilevati presso le strutture di grandi dimensioni e capacità produttive e spesso taroccati con l'utilizzo d'impropri modelli statistici.

\*Continua a pag. 2



Perché scegliere  
**MARSAN CONSULTING?**  
È una questione di qualità  
anzi di eccellenza

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

- ✓ Consulenza per l'accreditamento istituzionale con il S.S.N.
- ✓ Esperti nel settore sanitario
- ✓ Implementazione di sistemi di Gestione Aziendale in conformità delle norme UNI EN ISO 9001:2008 (Qualità)
- ✓ Ottemperanza alle direttive in ambito sanitario
- ✓ Governance e gestione dell'organizzazione sanitaria

www.marsanconsulting.it

MARSAN CONSULTING Via Dei Fiorentini, 61 - Napoli - Via Tina Modotti, 100 - Roma - Via G. Arimondi, 79 - Palermo  
Phone: +39 081 551 0771 - Fax: +39 081 551.0771 +39 091 307701 - info@marsanconsulting.it - www.marsanconsulting.it



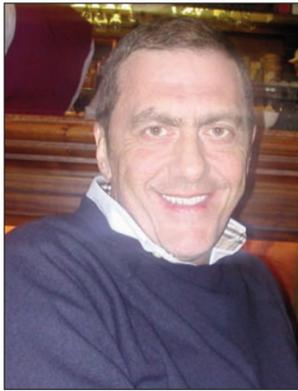


## AVVIATA LA RILEVAZIONE

# Tariffe e costi di produzione

### Le Regioni scelte: Campania, Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Sicilia

di Pietro Napolitano



**\*Segue da pag. 2  
"Le bugie hanno le gambe lunghe"**

Nelle pagine interne del giornale troverete una puntuale illustrazione sull'aumento dei costi di produzione delle prestazioni di Laboratorio, rilevati nell'ultimo decennio anche sulla base degli indici di peso che concorrono nella formazione del costo della prestazione.

Una dettagliata relazione che illustra tutti i fattori di costo e la loro incidenza percentuale nella filiera produttiva e che confutano, con il rigore delle argomentazioni scientifiche, l'assioma secondo cui l'automazione spinta, di per sé, comporti in assoluto una cospicua riduzione dei costi di produzione, con la conseguente possibilità di poter ridurre le Tariffe. Produrremo, nelle prossime settimane, un rapporto completo sulla dinamica di rilevazione dei costi di produzione e trasfonderemo l'elaborazione dei dati acquisiti in un testo che sarà oggetto di un Convegno di rilevanza Internazionale. Offriremo, in tal modo, al Tavolo Ministeriale, preposto alla determinazione delle tariffe, ogni possibile contributo tecnico e documentale.

Apriremo, successivamente, un largo dibattito, sia scientifico che politico, sui modelli organizzativi ottimali per la Medicina di Laboratorio, anche in previsione della realizzazione del modello d'Assistenza Territoriale integrata H12 ed H24.

Ulteriore apertura, per instaurare proficui rapporti di collaborazione, sarà quella che attueremo nei confronti delle Società Scientifiche e non a caso abbiamo scelto quale modello di riferimento quello prodotto, con rigore scientifico e metodologico, dalla FISMELAB.

Chi si era illuso di poter decidere sulle Nostre teste ed a Nostra insaputa, mettendoci di fronte al fatto compiuto, realizzato con l'emendamento legislativo "ad hoc" e con tariffe determinate senza alcun confronto con Federlab Italia, si rassegni.

La partita la giocheremo a tutto campo ed abbiamo buone ragioni di credere che non la perderemo.

**\*Presidente Federlab Italia**

In Italia, come in quasi tutti i paesi industrializzati, al fine di governare una spesa sanitaria, caratterizzata da una crescita superiore al tasso d'incremento del prodotto interno lordo, è sempre più sentita la necessità di aumentare l'efficacia e l'efficienza della produzione di prestazioni sanitarie. Le cause del continuo aumento della spesa vanno ricercate nella persistente crescita della domanda di salute, dovuta ad una crescente sensibilità della popolazione, all'aumento dell'età media, al continuo progresso scientifico ed alle inefficienze strutturali del sistema sanitario che si manifestano particolarmente nelle strutture sanitarie a gestione diretta da parte dello stato.

L'assetto legislativo italiano, prevede un sistema basato su strutture sanitarie a gestione diretta e strutture sanitarie a gestione privata (D. Lgs. n. 502 del 1992 "riordino della disciplina in materia sanitaria" e successive modifiche ed integrazioni). I due sistemi di gestione hanno in comune l'obbligo di possedere gli stessi precisi requisiti strutturali, organizzativi e qualitativi. In questo sistema, in assenza di fenomeni distorsivi, i cittadini sono in grado di esercitare il diritto alla libera scelta su dove effettuare le cure e gli accertamenti diagnostici necessari. I motori economici del sistema sono la programmazione sanitaria ed il pagamento delle prestazioni sanitarie.

La programmazione sanitaria riferita ad un territorio (Regione, pro-

vincia, AA.SS.LL...) dovrebbe, partendo dall'indagine epidemiologica, determinare le scelte strategiche in base alle esigenze di salute dei cittadini e formulare un programma d'erogazione di prestazioni sanitarie (volumi programmati) compatibile con le risorse economiche disponibili (livelli economici di spesa). Per le prestazioni sanitarie erogate, il sistema prevede il loro pagamento in base alla quantità erogata e ad una Tariffa predeterminata in grado di garantire la copertura dei costi produzione e, nel caso delle strutture a gestione privata un giusto utile d'impresa. I criteri per la fissazione e l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni d'assistenza specialistica riabilitativa ed ospedaliera sono stati introdotti dal D.M. 15 aprile 1994 e successivamente sostituiti dalle

previsioni dall'articolo 79 comma 1-quinquies lettera a D.L. 25 luglio 2008 n. 112 (convertito con Legge 6 agosto 2008 n. 133). Da qualche tempo un fantasma si aggira nelle stanze dei palazzi Romani, il fantasma dell'idea secondo la quale, in particolare per le prestazioni di laboratorio, un forzoso accentrato della produzione di servizi determinerebbe una serie d'economie di scala in grado di abbattere significativamente i costi di produzione. Chi alimenta questa tesi ignora che le principali componenti della spesa richiesta per la produzione (costo del lavoro, reagenti...) non possono trovare particolari benefici da aumenti produttivi. In primo luogo bisogna considerare che il costo del lavoro è una variabile dipendente dal numero di prestazioni di laboratorio erogate e dal grado d'automazione dei processi produttivi. In molte realtà regionali, dalla Campania e dalla Sicilia le normative prevedono una stretta relazione tra personale e numero di prestazioni erogabili, all'aumentare della quantità di servizi deve "per legge" aumentare il numero d'addetti

al processo produttivo. Questa previsione normativa, mentre da un lato garantisce il mantenimento d'elevati standard qualitativi (nell'interesse degli assistiti) dall'altro vanifica qualsiasi economia di scala. Per quanto riguarda i costi diretti (reagenti ecc), le dinamiche di formazione dei prezzi al consumo, in considerazione dell'elevato valore aggiunto dei prodotti, non registrano variazioni significative oltre una certa grandezza degli ordinativi. In poche parole, lo sconto massimamente si raggiunge con quantità di prodotto non particolarmente elevate. Anche ipotizzando accentramenti produttivi tali da configurare dei veri e propri cartelli d'acquisto, gli effetti non sarebbero particolarmente indicativi e si correrebbe il rischio di aprire il mercato ad aziende produttrici che preferiscono la competitività economica alla qualità. Un attento e completo studio di questi fenomeni, unitamente a tutte le altre componenti del costo di produzione delle prestazioni di laboratorio, può portare alla determinazione di una corretta soglia d'efficienza delle strutture sanitarie ed alla costruzione di tariffe (su base regionale) in grado di garantire, sia elevati standard qualitativi sia una giusta remunerazione delle stesse. Proprio in quest'ottica Federlab Italia ha iniziato, nelle principali Regioni e su di un campione rappresentativo della realtà esistente, un lavoro di rilevazione dei costi standard di produzione al fine di costruire, per le tariffe di laboratorio, un'ipotesi che abbia solide basi scientifiche e non sia influenzata dalle mode del momento. Un primo progetto pilota è stato completato in Campania. Gli obiettivi erano di: 1) stimare i pesi delle singole parti del costo di produzione delle prestazioni di laboratorio e precisamente: costi generali: a) costo reagenti per determinazione; b) costo smaltimento rifiuti speciali per test; c) costo materiale di consumo per test. 2) Spese generali; 3) Costo del lavoro (retribuzioni da CCNL + oneri contributivi ed accessori); 4) Costo degli ammortamenti delle attrezzature e dei sistemi informatici;

### Costi generali

Prestazioni di Laboratorio Costo di Produzione						
Settore	Tipologia	N° esami presenti nel campione	Peso (%)			Totale
			(1) Reagenti + Costi Generali	(2) Personale	(3) Ammortamento Attrezzature e manutenzione + Ammortamento Sistema Informatico	
A1	Chimica clinica	167.176	65,61	22,81	11,59	100,00
A2	Microbiologia	12.182	65,45	28,52	6,03	100,00
A3	Ematologia	2.287	71,56	25,41	3,03	100,00
A4	Virologia	1.974	64,35	34,15	1,50	100,00
A5	Citostopatology	4.300	64,37	25,58	10,05	100,00
A6	Genetica Medica	4.125	27,71	47,56	24,73	100,00
B	Laboratorio di base	1.669.257	43,80	41,19	15,01	100,00
R	Alta Specializzazione	153	17,71	47,56	34,73	100,00
Prelievi	Prelievi	153.340	15,07	84,25	0,68	100,00



## Variazioni prezzi al consumo e costo del lavoro

In secondo luogo calcolare le variazioni dal 1998 (data d'entrata in vigore delle tariffe di laboratorio vigenti in Campania) delle singole componenti di costo in base all'aumento dei prezzi al consumo rilevato dall'ISTAT (indice FOI) ed in base agli aggiornamenti del valore delle retribuzioni e degli oneri riferiti al CCNL maggiormente applicato nelle strutture sanitarie.

Variazione ISTAT 1998 - 2000	Variazione Costo Lavoro 1998 - 2000
<b>5,8%</b>	<b>8,5%</b>

Variazione ISTAT 2001 - 2003	Variazione Costo Lavoro 2001 - 2003
<b>7,8%</b>	<b>6,85%</b>

Variazione ISTAT 2004 - 2006	Variazione Costo Lavoro 2004 - 2006
<b>5,8%</b>	<b>8,24%</b>

Variazione ISTAT 2007 - Agosto 2008	Variazione Costo Lavoro 2007 - Agosto 2008
<b>5,1%</b>	<b>7,54%</b>

**Variazioni**

## Variazioni per tipologia di prestazioni

**Variazioni per tipi**

Settore	Base 1998	Incrementi assoluti			
		Aggiornamento (%) Al 1 gennaio 2001	Aggiornamento (%) Al 1 gennaio 2004	Aggiornamento (%) Al 1 gennaio 2007	Aggiornamento (%) Al 1 settembre 2008
A1	100,00	6,42	7,58	6,36	5,66
A2	100,00	6,57	7,53	6,50	5,80
A3	100,00	6,49	7,56	6,42	5,72
A4	100,00	6,72	7,48	6,63	5,93
A5	100,00	6,49	7,56	6,42	5,72
A6	100,00	7,08	7,35	6,96	6,26
B	100,00	6,91	7,41	6,81	6,11
R	100,00	7,08	7,35	6,96	6,26
Prelievi	100,00	8,07	7,00	7,86	7,16

**Variazioni cumulative**

## Variazioni per tipologia di prestazioni

Calcolare le variazioni (assolute e cumulative) per ogni tipologia di prestazione di laboratorio secondo il seguente calendario:  
 Dal 1998 al 2000;  
 Dal 2001 al 2003;  
 Dal 2004 al 2006;  
 Dal 2007 al 31/8/2008

Settore	Base 1998	Incrementi Cumulativi			
		Aggiornamento (%) Al 1 gennaio 2001	Aggiornamento (%) Al 1 gennaio 2004	Aggiornamento (%) Al 1 gennaio 2007	Aggiornamento (%) Al 1 settembre 2008
A1	100,00	6,42	14,49	21,76	28,65
A2	100,00	6,57	14,59	22,04	29,11
A3	100,00	6,49	14,53	21,89	28,86
A4	100,00	6,72	14,70	22,31	29,57
A5	100,00	6,49	14,54	21,90	28,87
A6	100,00	7,08	14,95	22,96	30,66
B	100,00	6,91	14,83	22,65	30,14
R	100,00	7,08	14,95	22,95	30,65
Prelievi	100,00	8,07	15,64	24,72	33,65

# Ipotesi allo studio della Federazione con le fattibilità degli ammortizzatori sociali i Contratto nazionale, sì di FederLab

*Attraverso la contrattazione decentrata parte il piano per regionalizzare il lavoro*

Il 22 gennaio scorso a Roma, davanti alle svariate sigle sindacali è stato sottoscritto l'accordo quadro per la riforma dei contratti di lavoro. Con tale disposizione è stata data la possibilità di accedere agli ammortizzatori sociali per le strutture sanitarie. Tale accordo è stato sottoscritto dal Governo, dalle organizzazioni sindacali ed associazioni di categoria.

Il documento in questione introduce significative novità nella strutturazione dei contratti di lavoro per i dipendenti del comparto privato, ivi compreso quello riguardante le strutture sanitarie.

All'incontro non poteva mancare la rappresentanza sindacale di "FederLab Italia", la quale d'intesa con la CONFESAL -

Confederazione Generale dei Sindacati Autonomi dei Lavoratori - ha deciso di sottoscrivere l'accordo quadro anche al fine di definire successivi accordi decentrati a livello regionale che introducano particolari istituti contrattuali per la riduzione delle tasse e dei contributi previdenziali a carico delle imprese e l'accesso agli specifici fondi resi disponibili dal Ministero del Lavoro per la gestione delle situazioni di difficoltà economica-produttiva.

Situazione di crisi tra le quali inserire quella derivante dalla sospensione dell'attività per conto del Servizio Sanitario Regionale in conseguenza dell'esaurimento dei Tetti di Spesa, ovvero dei volumi di prestazioni erogabili.

FederLab Italia, inoltre ritiene che ci sia bisogno di una precisa definizione delle mansioni e dei corrispondenti livelli retributivi per le specifiche figure professionali che operano nel Laboratorio di Analisi.

In secondo luogo, il Governo e le parti sociali firmatarie del presente accordo, si sono poste l'obiettivo dello sviluppo economico e della crescita occupazionale fondata sull'aumento della produttività, l'efficiente dinamica retributiva e il miglioramento di prodotti e servizi resi



Conferenza cui ha partecipato anche Federlab Italia

dalle pubbliche amministrazioni, convengono di realizzare - con carattere sperimentale e per la durata di quattro anni. FederLab, come le altre sigle associative e sindacali richiedeva in tale senso un accordo sulle regole e così è stato. Principio cardine della stipula di questo documento che si fonda sulla reciproca consensualità di proposte sulla negoziazione e sulla gestione della contrattazione collettiva, in sostituzione del regime vigente. È rappresentato dal fatto che le parti fanno espresso rinvio agli accordi interconfederali sottoscritti al fine di definire specifiche modalità, criteri, tempi e condizioni con cui dare attuazione ai principi, di seguito indicati, per un modello contrattuale comune nel settore pubblico e nel settore privato:

1. l'assetto della contrattazione collettiva è confermato su due livelli: il contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria e la contrattazione di secondo livello come definita dalle specifiche intese;  
 2. il contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria: avrà durata triennale tanto per la parte economica che normativa; avrà la funzione di garantire la certezza

dei trattamenti economici e normativi comuni per tutti i lavoratori del settore ovunque impiegati nel territorio nazionale.

Per la dinamica degli effetti economici si individuerà un indicatore della crescita dei prezzi al consumo assumendo per il triennio - in sostituzione del tasso di inflazione programmata - un nuovo indice previsionale costruito sulla base dell'IPCA (l'indice dei 3 prezzi al consumo armonizzato in ambito europeo per l'Italia), depurato dalla dinamica dei prezzi dei beni energetici importati. L'elaborazione della previsione sarà affidata ad un soggetto terzo; si procederà alla verifica circa eventuali scostamenti tra l'inflazione prevista e quella reale effettivamente osservata, considerando i due indici sempre al netto dei prodotti energetici importati; la verifica circa la significatività degli eventuali scostamenti registratisi sarà effettuata in sede paritetica a livello interconfederale, sede che opera con finalità di monitoraggio, analisi e raccordo sistematico della funzionalità del nuovo accordo; il recupero degli eventuali scostamenti sarà effettuato entro la vigenza di ciascun contratto nazionale. Il nuovo

indice previsionale sarà applicato ad un valore retributivo individuato dalle specifiche intese; nel settore del lavoro pubblico, la definizione del calcolo delle risorse da destinare agli incrementi salariali sarà demandata ai Ministeri competenti, previa concertazione con le Organizzazioni sindacali, nel rispetto e nei limiti della necessaria programmazione prevista dalla legge finanziaria, assumendo l'indice (IPCA), effettivamente osservato al netto dei prodotti energetici importati, quale parametro di riferimento per l'individuazione dell'indice previsionale, il quale viene applicato ad una base di calcolo costituita dalle voci di carattere stipendiale e mantenuto invariato per il triennio di programmazione; nel settore del lavoro pubblico, la verifica degli eventuali scostamenti sarà effettuata alla scadenza del triennio contrattuale, previo confronto con le parti sociali, ai fini dell'eventuale recupero nell'ambito del successivo triennio, tenendo conto dei reali andamenti delle retribuzioni di fatto dell'intero settore.

3. la contrattazione collettiva nazionale di categoria o confederale regola il sistema di

relazioni industriali a livello nazionale, territoriale e aziendale o di pubblica amministrazione;

4. la contrattazione collettiva nazionale o confederale può definire ulteriori forme di bilateralità per il funzionamento di servizi integrativi di welfare.

5. Per evitare situazioni di eccessivo prolungamento delle trattative di rinnovo dei contratti collettivi, le specifiche intese ridefiniscono i tempi e le procedure per la presentazione delle richieste sindacali, l'avvio e lo svolgimento delle trattative stesse;  
 6. al rispetto dei tempi e delle procedure definite è condizionata la previsione di un meccanismo che, dalla data di scadenza del contratto precedente, riconosca una copertura economica, che sarà stabilita nei singoli contratti collettivi, a favore dei lavoratori in servizio alla data di raggiungimento dell'accordo.

7. Nei casi di crisi del negoziato le specifiche intese possono prevedere anche l'interramento del livello interconfederale.

8. Saranno definite le modalità per garantire l'effettività del periodo di "tregua sindacale" utile per consentire il regolare svolgimento del

negoziato;

9. mentre per il secondo livello di contrattazione come definito dalle specifiche intese - parimenti a vigenza triennale - le parti confermano la necessità che vengano incrementate, rese strutturali, certe e facilmente accessibili tutte le misure volte ad incentivare, in termini di riduzione di tasse e contributi, la contrattazione di secondo livello che collega incentivi economici al raggiungimento di obiettivi di produttività, redditività, qualità, efficienza, efficacia ed altri elementi rilevanti ai fini del miglioramento della competitività nonché ai risultati legati all'andamento economico delle imprese, concordati fra le parti.

10. Nel settore del lavoro pubblico l'incentivo fiscale-contributivo sarà concesso, gradualmente e compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai premi legati al conseguimento di obiettivi quantificati di miglioramento

della produttività e qualità dei servizi offerti, tenendo conto degli obiettivi e dei vincoli di finanza pubblica.

11. Salvo quanto espressamente previsto per il comparto artigiano, la contrattazione di secondo livello si esercita per le materie delegate, in tutto o in parte, dal contratto nazionale o dalla legge e deve riguardare materie ed istituti che non siano già stati negoziati in altri livelli di contrattazione.

12. Eventuali controversie nella applicazione delle regole stabilite, saranno disciplinate dall'autonomia collettiva con strumenti di conciliazione ed arbitrato.

13. La contrattazione di secondo livello di cui al punto 9, deve avere caratteristiche tali da consentire l'applicazione degli sgravi di legge.

14. Per la defusione della contrattazione di secondo livello nelle PMI, con le incentivazioni previste dalla legge, gli specifici accordi possono prevedere, in ragione delle caratteristiche dimensionali, apposite modalità e condizioni.



# LA RIFORMA "BINDI" È ORMAI OBSOLETA E INADEGUATA Sana sanità con nuovi modelli contrattuali

*FederLab accoglie la sfida puntando sul sistema negoziale dei contratti per regolare i costi*

► di Maurizio Buonocore\*

Uno stato moderno, che vuole attuare a pieno la sua carta costituzionale, deve tenere fede ai suoi principi fondanti e in tal senso ha la necessità di assicurare a tutti i cittadini, un livello di Servizio Sanitario Nazionale accettabile e a costi competitivi, facendo però i conti con l'esiguità di bilancio, molto ipotecata dal debito pubblico.

Non è certo un caso che siano stati riuniti sotto un unico dicastero, il Ministero della Salute (anche se vi sono tentativi di renderlo nuovamente autonomo) e quello del Lavoro.

La battaglia dei costi che deve fare i conti quotidianamente con le prestazioni richieste dai cittadini, deve avere un'unica cabina di regia, in tale ottica è in atto una razionalizzazione di sistema, all'interno del quale devono necessariamente coesistere il sistema pubblico e quello privato, poiché sono complementari l'uno all'altro e non certamente in concorrenza, se non per la qualità delle prestazioni rese a beneficio dei cittadini.

Tutto questo scenario deve anche tener conto del federalismo regionale e fiscale che, in una logica di decentramento e ricaduta di ricchezza/servizi prodotta sul territorio, deve tener conto della realtà economica differente esistente da regione a regione e, proprio per questo, i modelli dei contratti di lavoro devono essere rivisti.

Perseguendo questo fine il Governo ha recentemente raggiunto un'intesa programmatica con le parti sociali, per la svolta in tale settore, dando



Giulio Tremonti e Silvio Berlusconi

maggiore importanza al secondo livello di contrattazione, proprio per dare spazio alla trattativa territoriale e alle forme di welfare bilaterali, che vanno nella direzione di riduzione d'impegno di risorse economiche a carico dello stato, allargando nello stesso tempo la platea dei beneficiari non coperti da ammortizzatori sociali.

D'altronde altro principio costituzionale che deve essere attuato, è quello del diritto al lavoro, quindi tutta la realtà esistente nel settore della laboratoristica accreditata e/o convenzionata, deve essere salvaguardata, perché costituisce occasione di lavoro per tanti dipendenti.

Il valore aggiunto di queste strutture, sta nella loro funzione regolatrice nei confronti del cittadino che, necessariamente, per la diagnosi delle patologie cliniche ha bisogno di assistenza. Nello stesso tempo, rappresenta una rete capillare sul territorio, che non richiede investimento da

parte dello stato, che così può concentrare le risorse risparmiate, su altre necessità.

La Federlab ha quindi raccolto tale sfida avendone un approccio metodologico che riconosce nello strumento negoziale del contratto collettivo di lavoro (ccnl), uno strumento di regolazione dei costi di sistema e, se è vero come è vero che ormai i rapporti di lavoro pubblici sono equiparati a quello di diritto privato, sempre nella logica di razionalizzazione di sistema, si perverrà nel medio periodo ad una ulteriore svolta con la convergenza dei due ccnl tra pubblico e privato in un solo modello.

La necessità quindi della stipula di un nuovo ccnl di primo livello che stabilisca nuove regole è pressante e non può più attendere, il costo del lavoro costituisce in ogni caso uno dei componenti rilevanti nelle prestazioni sanitarie, che deve essere costantemente monitorato anche ai fini di una vigilanza da parte

dello stato, che non può da un lato remunerare le prestazioni sanitarie, partendo da un tariffario c.d. "Bindi" che è ormai obsoleto, dall'altro mettere tetti di spesa che si esauriscono prima della fine dell'anno per sottovalutazione del fabbisogno procapite regionale, chiedendo poi alle strutture di fare fronte in ogni caso alla richiesta di sanità di cittadini, per poi non riconoscere le prestazioni rese.

Con questa logica si finisce per decretare la morte di tante piccole e

medie imprese, strangolate dai problemi finanziari e tutto ciò vanificherebbe la recente modifica delle norme fallimentari, che tendono ad attenuare il coinvolgimento dei lavoratori dipendenti delle imprese fallite, proprio per una tutela sociale.

Il nuovo modello contrattuale dovrà tenere conto di tutto questo, allargando la possibilità di applicazione ai consorzi, che rappresentano una via di riduzione di costi, massimizzano l'utilizzo di attrezzature

costose ed aggiornate, occorrerà prevedere forme di welfare bilaterale, nella direzione di aiuto ai dipendenti in difficoltà per le carenze di sistema ed in una logica di rivisitazione degli ammortizzatori sociali, che dovrà prima o poi essere affrontata dal Governo.

Si dovrà riservare certamente una parte negoziale territoriale, prevedere una migliore organizzazione del lavoro in strutture piccole, con regole snelle per la flessibilità della prestazione, prevedere delle possibilità di ricollocazione del personale in esubero utilizzando il concetto di "comando distacco", quale misura alternativa al licenziamento od alla momentanea indisponibilità di lavoro, che senso ha licenziare il personale se in alcuni mesi dell'anno si ha una flessione di lavoro, magari facendo ricorso ad ammortizzatori sociali, quando si potrebbe momentaneamente distaccare il lavoratore in una struttura che ne ha bisogno, senza però perderlo?

Le occasioni di innovazione contrattuale che si presentano vanno colte, con la dinamica dei tempi e se Federlab saprà trovare una controparte sociale sensibile a tali tematiche, faremo certamente un passo avanti, anche nella stabilizzazione dei posti di lavoro dei precari, in un quadro complessivo però che tenga conto del diritto ad esistere delle piccole imprese e metterle in condizioni di poter dare il loro contributo di conoscenza, accumulato in tanti anni di attività.



\*Consulente del Lavoro maurizio.buonocore@infinito.it

## Piano di riorganizzazione della rete, la posizione di FederLab Italia

*Analizzata la proposta dell' Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*

La proposta Age.na.s., in gran parte ricalca la filosofia contenuta nel documento per la riorganizzazione della rete dei laboratori elaborato dai Tecnici del Ministero della Salute e proposto alle Regioni con piani di rientro dal disavanzo sanitario, in attuazione di quanto previsto dalla Legge Finanziaria 2007. Tuttavia il documento contiene nuovi e pregevoli spunti e dichiara di voler perseguire l'obiettivo di uniformare sul territorio nazionale i requisiti organizzativi delle strutture di laboratorio, nonché attuare la parificazione dei requisiti organizzativi e di qualità, nonché la definizione di una soglia minima di efficienza per i laboratori pubblici e per quelli privati accreditati.

L'elaborato rigetta l'ipotesi di sostituire le strutture territoriali di laboratorio con forme decentrate che attuino Point-Of-Care Testing (POCT) nonché con le Farmacie per gli esami a prima richiesta.

E' il caso di evidenziare che analoga considerazione potrebbe (dovrebbe) essere fatta, per l'ipotesi che prevede di sostituire, automaticamente, la rete dei laboratori privati con Centri Prelievo. Per quanto concerne i laboratori privati il documento elaborato dai Tecnici non indica soglie minime riferite ai volumi di prestazioni erogabili, pur rilevando la necessità di procedere ad una riduzione del numero di strutture in quelle Regioni ove la presenza delle strutture di laboratorio è ridondante.

FederLab Italia elaborerà delle controdeduzioni per i punti controversi e non condivisi che saranno

formalmente partecipate ai Componenti il Gruppo di Lavoro.

In tale senso è in fase di studio l'intera proposta del nuovo piano inerente le linee di indirizzo per la Riorganizzazione dei Servizi di Medicina di laboratorio nel servizio sanitario nazionale, pubblicato lo scorso mese di novembre dal Ministero della Salute e delle politiche sociali (direzione generale programmazione sanitaria livelli di assistenza e principi etici di sistema). In effetti per il Ministero della Salute è stato necessario mettere in cantiere tale documento in quanto negli ultimi anni la medicina di laboratorio italiana è stata oggetto di interventi di riorganizzazione disomogenei a livello delle singole regioni.

Inoltre la Finanziaria 2007, sulla base delle necessità di riequilibrio economico del sistema aveva previsto che le Regioni definissero piani per la riorganizzazione della rete delle strutture di diagnostica di laboratorio che non so-



Meeting Federlab

no stati sempre uniformi. Con tale situazione vi è stato l'obbligo per le rispettive Regioni di adottare i conseguenti piani di rientro. Per quanto concerne poi il settore societario e privato, alcune delle società scientifiche più rappresentative hanno sollecitato al Ministero la definizione disciplinare di un piano a livello nazionale. Pertanto il Ministero ha inquadrato nei seguenti obiettivi l'unicità della disciplina nazionale dei laboratori d'analisi: orientare le iniziative regionali per la riorganizzazione delle attività

di laboratorio erogate dalle strutture pubbliche, definendo con le stesse logiche i criteri di selezione delle strutture private del settore, ed incrementando le apposite sinergie tra pubblico e privato; definire i requisiti essenziali, le tipologie di servizi erogati e gli indicatori di qualità ed efficienza, anche in rapporto alle aree specialistiche disciplinari, nonché i criteri di funzionamento delle reti di laboratorio a livello locale e regionale...; infine predisporre dei criteri di verifica da adottare per il monitoraggio a livello cen-

trale dei piani regionali di riorganizzazione comprensivi dei livelli qualitativi, di efficienza e di efficacia di tutte le strutture di laboratorio clinico siano esse pubbliche e private.

Ma vediamo da vicino i diversi principi generali e i criteri su cui il Ministero intende ispirare i processi di riorganizzazione dei laboratori di analisi; l'obiettivo finale è la costituzione in ogni Regione della Rete assistenziale dei Servizi di Medicina di Laboratorio, mediante l'istituzione di un'attività di "clinical governance" posta in capo ad una commissione regionale tecnico-scientifica della medicina di laboratorio, costituita da specialisti afferenti alle diverse discipline costitutive dell'area stessa.

Accanto a questa disposizione il ministero intende poi: attivare una stretta interrelazione tra tipo di ospedale e tipo di laboratorio ospedaliero; garantire una continuità ospedale-territorio, mediante il pieno sostegno della copertura da parte dei laboratori ospedalieri del territorio di riferimento (bacino di utenza); prossimalità al bisogno del paziente, caratterizzata da alcune attività come quella del prelievo che va capillarizzata e favorita nella sua accessibilità; prossimalità al bisogno del clinico inquan-

drata nella riorganizzazione del rapporto tra Medicina di Laboratorio e le discipline assistenziali; ruolo della formazione continua e della ricerca, perché la Medicina di laboratorio possa esprimere al massimo il proprio valore aggiunto attraverso una sostenuta formazione degli operatori nell'attività di ricerca clinica.

Per quanto concerne invece i ruoli è stato previsto: il ruolo dei sistemi informatici (l'informaticizzazione delle attività di laboratorio può e deve favorire la creazione di reti di strutture che condividono protocolli e dati). Il ruolo del technology assessment: è decisiva in questo caso la validazione sia delle nuove tecnologie, che delle nuove tecniche e delle relative indicazioni.

Il ruolo della verifica esterna della qualità: è elemento essenziale per permettere ai laboratori di valutare l'affidabilità dei risultati ed assumere decisioni basate sulle evidenze. Appare sempre più necessario superare la frammentazione dei programmi di natura locale-regionale per assicurare qualità. Invece per quanto concerne la centralità della promozione e controllo della appropriatezza: il ricorso al laboratorio va migliorato attraverso la costruzione di linee guida, protocolli e profili di assistenza da sperimentare e monitorare sul campo per ridurre inefficienze, esami inutili ed obsoleti e costi impropri.

Il ruolo di un sistema di reporting mirato sulle attività di laboratorio: occorre guidare e monitorare il processo di riorganizzazione con un sistema informativo dedicato che rilevi i dati sia sulle strutture e sui costi che sulla produzione e sui consumi.

**LA CHECK LIST PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTUAZIONE DEI PIANI REGIONALI DI RIORGANIZZAZIONE**

### News FederLab Italia

#### Riunito il direttivo nazionale, Antonio Morricone nominato tesoriere

Riportiamo qui di seguito l'esito dell'incontro del direttivo nazionale Federlab Italia tenutosi a Roma presso le Scuderie Rucellai in via di Fontanella Borghese, 56/B in Roma. La convocazione di tale organo è stata resa necessaria al fine di discutere l'ordine del giorno, inerente i seguenti argomenti: nuovo nomenclatore tariffario ministeriale e Livelli Essenziali di Assi-

stenza. S tato dell'arte; il progetto di Assistenza Territoriale Integrata H12 e H24. Le proposte per la disciplina di Laboratorio; I piani di riorganizzazione della rete delle strutture di laboratorio pubbliche e private; la relazione del tesoriere di FederLab Italia dott. Antonio Morricone; la relazione dell'avvocato Arturo Umberto Meo sullo stato dei contenziosi in atto. Sono



da elogiare e da lodare i dati inerenti l'incremento degli aderenti all'associazione provenienti da tutte le regioni d'Italia, ma soprattutto dall'estremo Sud. Stiamo parlando delle regioni Sicilia e Calabria dove la FederLab oggi può contare su nuovi, laboriosi, e numerosi adepti.



ASSOCIAZIONE TOGETHER

# Meeting Federlab



ASSOCIAZIONE TOGETHER

## Principi generali e criteri specifici nella gestione e riorganizzazione in rete dei Laboratori di Analisi

Principio generale	Ricadute specifiche (criteri di riorganizzazione)	Criteri di verifica
<b>Stretta interrelazione tra tipo di Ospedale e tipo di laboratorio</b>	Ogni ospedale con attività per acuti di tipo chirurgico e/o intensivo deve avere un laboratorio generale (A)	Attività chirurgica e/o intensiva correlata ad attività di laboratorio 24h (guardia/reperibilità)
	Ogni ospedale con attività di pronto soccorso e medicina d'urgenza deve avere un laboratorio generale (A)	Pronto soccorso e medicina d'urgenza correlati ad attività di laboratorio 24h (guardia/reperibilità)
	Ogni altro ospedale deve essere sostenuto da un'attività integrata della rete aziendale dei laboratori (A)	Attività di laboratorio integrate (laboratorio generale/satellite/poct/ecc.)
	Ogni ospedale con attività specialistiche (malattie infettive, trapianti, ecc.) deve avere laboratori/settori specialistici relativi alle discipline interessate (A)	Presenza di strutture/settori specialistici nella rete di laboratorio degli ospedali con attività specialistiche; n. esami specialistici/anno
	Le dotazioni organiche e strumentali del laboratorio e la sua organizzazione specialistica dovrebbero essere correlate ai volumi di utenza dell'ospedale, alla tipologia delle strutture specialistiche cliniche ed al mix di patologia dei pazienti ambulatoriali, nella logica della integrazione e della economicità	Rapporto tra dotazioni, settori del laboratorio ed indicatori descritti
<b>Continuità Ospedale - Territorio</b>	Ogni Laboratorio ospedaliero dovrebbe avere una significativa attività per esterni garantendo l'accesso diretto dei pazienti	Volumi di attività per esterni per tipologia analitica e rapporto con esami per interni
	Le linee guida cliniche dovrebbero essere condivise con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta	N. di linee guida e protocolli condivisi e monitorati
	Dovrebbe essere prevista la possibilità di eseguire esami urgenti anche per pazienti ambulatoriali	Modalità di accesso agli esami urgenti e fasce orarie
	Dovrebbe esistere un piano di incontri periodici con clinici e medici del territorio	Numero di incontri realizzati negli ultimi 3 anni
<b>Prossimalità al bisogno del paziente</b>	L'accesso diretto o tramite sistemi di prenotazione facilitata deve essere garantito in tutti i centri prelievo (A)	% di centri prelievo con accesso diretto % di accessi diretti ambulatoriali su accessi ambulatoriali totali
	Ad ogni laboratorio o rete di laboratori, deve fare riferimento uno o più punti prelievo (A)	Numero di punti prelievo per laboratorio o rete di laboratori
	Il numero dei Punti Prelievo dovrebbe consentire, idealmente, che la distanza dall'abitazione dei clienti al Punto Prelievo di riferimento deve essere percorribile, con mezzo proprio o pubblico, in un tempo definito	Verifica dei tempi medi di accesso da parte dei pazienti ai punti prelievo
	Ogni rete di laboratorio dovrebbe assicurare la disponibilità di prelievo a domicilio per i pazienti che versano in grave disagio, con un'adeguata politica sui costi	Numero di prelievi a domicilio/anno n. eseguiti
	L'accoglienza dei clienti dovrebbe essere ricondotta alla maggiore umanizzazione possibile, nonché alla salvaguardia delle regole per la prevenzione degli errori pre-analitici	Tempi medi complessivi di attesa per il prelievo inferiori a 45'. Somministrazione ai pazienti di un questionario ad hoc a cadenza almeno biennale
<b>Prossimalità al bisogno del clinico</b>	Il Repertorio degli esami deve essere adeguato alla complessità clinica ed alle patologie trattate nell'istituzione (A)	Tipologia degli esami in rapporto al case-mix
	Appropriatezza dei tempi di risposta in rapporto alle necessità cliniche (A)	TAT di esami "sentinella" (glicemia, K, troponina, Hb, PTT)
	Disponibilità di servizio attivo nell'arco delle 24 ore e nelle festività (A)	N. esami in servizio notturno/festivo
	Disponibilità di un servizio di consulenza nella richiesta/interpretazione degli esami	N. consulenze e contatti
	Esistenza sistemi di valutazione e verifica della soddisfazione dei clinici	Presenza di indagini ed incontri sul grado di soddisfazione
	Partecipazione a programmi collaborativi, discussione di casi clinici, journal club	Evidenze di rapporti interdisciplinari e collaborativi
	Devono essere redatte ed attuate linee guida operative per la raccolta dei materiali biologici (A)	Presenza e numerosità di linee guida disponibili
	Dovrebbero essere codificati momenti formativi per il personale infermieristico per la fase pre-analitica	Numerosità degli eventi formativi programmati ed eseguiti
	Dovrebbero essere prodotti documenti sulla redazione e aggiornamento delle linee guida per il contenimento degli errori pre-analitici e sull'organizzazione e calendarizzazione dei momenti formativi	N. errori rilevati e numerosità di interventi
	Dovrebbero essere prodotte forme di referto commentato nei casi ritenuti utili/necessari	Numero di commenti/referto disponibili
	Dovrebbero essere codificate discussioni di casi clinici per il miglior esito dei quali l'apporto del Laboratorio è stato predominante e/o necessario	Numero di discussioni dei casi clinici/anno
	Dovrebbe esistere una concordanza di valori fra i risultati in elezione/urgenza e fra elezione in ambito ospedaliero e territoriale	N. di discordanze
	Dovrebbero essere previsti e realizzati incontri con i clinici per la discussione delle ricadute delle principali linee organizzative sull'impatto per il contenimento delle giornate di degenza	N. audit
<b>Ruolo della formazione continua e della ricerca</b>	Programmazione di eventi formativi in base alle necessità del Servizio (A)	Presenza del Piano e n. eventi formativi effettivamente realizzati
	Valutazione delle ricadute del piano di formazione e dell'efficacia	Schede personali e valutazione dell'aggiornamento delle competenze nei settori operativi
	Esistenza di budget per partecipazione ad eventi formativi	Documentazione sulle modalità di gestione del budget per la formazione
	Produzione di abstract, poster, lavori scientifici, comunicazioni a congressi ed eventi formativi anche interni	N. di pubblicazioni in estenso o in altra forma
	Partecipazione a progetti di ricerca, sia interni alla struttura che esterni	N. progetti di ricerca
	Progetti innovativi in termini di efficienza/efficacia con ricadute nella pratica assistenziale	N. di innovazioni introdotte ed esito sui processi di cura
	Integrazione con le Università e Scuole di specializzazione per creare la rete formativa	Convenzioni con Scuole di specialità, Università e partecipazione a rete formativa
	Partecipazione ad eventi promossi da società scientifiche o da scuole di formazione di valore scientifico	Personale che ha partecipato ad eventi formativi
	Dovrebbe esistere un piano per valutare le ricadute assistenziali dell'attività formativa e di ricerca	Indicatori di trasferimento nella pratica della formazione

Allegato 1 pag 3

# IL DOCUMENTO

<b>Ruolo dei sistemi informatici</b>	Sono presenti linee di indirizzo sull'integrazione informatica tra i laboratori per lo scambio di richieste e referti (A)	Presenza di normativa o linea guida
	Le linee di indirizzo prevedono l'invio via rete dei referti a domicilio e/o presso il medico curante	N. di laboratori con funzionalità attiva
	I centri prelievo sono connessi via rete al laboratorio di riferimento	% di centri prelievo connessi su centri prelievo totali
	E' prevista una codifica unica delle analisi su base regionale al fine di favorire l'intercambio delle richieste	Disponibilità o criteri scelti per la codifica regionale
	I laboratori sono in rete con i reparti di degenza per la richiesta di esami e la trasmissione dei risultati	N. di laboratori con reparti connessi in rete
	Ogni laboratorio dovrebbe avere un LIS (Sistema Informativo di Laboratorio) in grado di collocare bidirezionalmente con gli utenti clinici	Interoperabilità dei LIS/HIS
	Il LIS dovrebbe essere integrato nel HIS (Sistema Informativo Ospedaliero)	Scalabilità del LIS
	LIS e HIS dovrebbero essere integrati nel SIR (Sistema Informativo Regionale)	Scalabilità del LIS
	Il LIS dovrebbe garantire la connessione di tutte le apparecchiature di laboratorio, compreso POCT, ed i middleware utilizzati	Connettività del LIS
	Il LIS dovrebbe garantire la raccolta di dati statistici e del tutto automatizzati	Controllo di processo
	Il LIS dovrebbe consentire l'elaborazione e la gestione di referti complessi, compresa la firma digitale	Autoverifica e sistemi esperti
	Il LIS dovrebbe consentire l'intercambiabilità di dati e processi fra tutti i punti di produzione dei risultati/referti della rete di laboratorio ospedaliero	Applicabilità di protocolli e scambio di campioni/pazienti
	Ogni laboratorio dovrebbe rendere esplicita ogni informazione per la migliore fruibilità dei propri servizi/prestazioni	Numero e caratteristiche dei documenti ad hoc
	Ogni laboratorio dovrebbe organizzare i propri referti in modo da non indurre allarme nei pazienti	Assenza nel referto di termini come "Marcatori Tumorali" o altri comunque equivocabili, per esempio differenziando gli intervalli di riferimento rispetto ai limiti decisionali. Presenza dell'invito a riferirsi sempre ad un medico per la corretta lettura del referto
<b>Ruolo del technology assessment</b>	Devono esistere criteri per l'introduzione di nuove tecnologie e esami diagnostici (A)	Numero di tipologie di nuove tecnologie e esami introdotti negli ultimi 3 anni
	Devono esistere criteri per l'eliminazione di esami obsoleti (A)	Numero di tecnologie di esami obsoleti, eliminati dal menu negli ultimi 3 anni
	Dovrebbero esistere indicatori di costo/opportunità per l'introduzione di nuove tecnologie/esami diagnostici	Numero di tecnologie e esami diagnostici che hanno ottenuto punteggi favorevoli
	Dovrebbero esistere criteri di aggiudicazione delle gare (punteggio qualità e prezzo)	Rapporto qualità/prezzo
	Dovrebbero essere previste modifiche dei sistemi diagnostici in risposta ai risultati dei programmi di valutazione e controllo della qualità (VEQ e CIQ)	Numero di cambiamenti a seguito dei risultati della VEQ e CIQ
	Dovrebbe esistere una politica sull'acquisto e l'uso dei sistemi POCT	Numero di incontri realizzati negli ultimi 3 anni
	La scelta dei sistemi POCT, la formazione all'uso ed il loro controllo dovrebbe essere gestita affidandone la responsabilità al laboratorio	Numero di laboratori in cui la norma è attuata
	Dovrebbe essere prevista la connessione dei sistemi POCT ai sistemi informativi del laboratorio e dell'Ospedale	Numero di laboratori in cui i sistemi POCT sono connessi oppure % sistemi POCT connessi sul totale
	Dovrebbe esistere una politica per la comunicazione dei valori critici sia a pazienti ricoverati che esterni	Presenza di documenti ed evidenza dell'implementazione nella pratica clinica
<b>Ruolo della verifica esterna della qualità</b>	Tutti gli esami effettuati devono essere sottoposti a programmi di controllo ed assicurazione di qualità (A)	N° di esami non sottoposti a CIQ e/o VEQ
	I programmi di controllo interno di qualità devono essere svolti in conformità a linee-guida diffuse dalle Società Scientifiche (A)	Adesione alle linee-guida scientifiche
	I programmi di VEQ devono essere gestiti da organismi scientifici accreditati/certificati (A)	Criteri di assegnazione dei programmi di VEQ n. criteri
	Nei programmi di VEQ dovrebbero essere ben definiti i criteri con i quali vengono assegnati i valori "target"	Criteri di scelta
	Nei programmi di VEQ dovrebbero essere definiti e conosciuti dai partecipanti i criteri di selezione dei materiali, delle loro concentrazioni, la numerosità e le modalità di trattamento statistico dei dati	Presenza di esercizi per valutare tutte le fasi del ciclo di analisi
	Nei programmi di VEQ dovrebbero essere previsti esercizi per la valutazione della qualità pre e post-analitica, inclusa l'appropriatezza dei valori di riferimento	Andamento nei programmi di VEQ degli ultimi 3 anni. N° azioni
	Le performance nei programmi di VEQ dovrebbero essere adeguate e nel caso di performance insufficienti dovrebbero essere attuate azioni correttive e/o preventive	correttive/preventive attivate per evidenza di performance insufficienti
<b>Centralità della promozione e controllo della appropriatezza</b>	Ogni laboratorio deve dichiarare la propria politica della promozione e controllo dell'appropriatezza (A)	Presenza del documento ad hoc, con speciale menzione dello strumento utilizzato per l'introduzione delle linee guida (ad es. AGREE).
	Dovrebbe essere esplicitata la durata di ciascuna linea guida. Le linee guida che hanno impatto sui medici di medicina generale e sui pediatri di libera scelta dovrebbero essere redatte di concerto con loro rappresentanti e sotto l'egida dell'Autorità Sanitaria Territoriale.	N. di linee guida redatte
	Ogni laboratorio dovrebbe redigere linee guida, di concerto con i singoli specialisti di riferimento, per tutti gli ambiti per i quali si possa dimostrare cattivo uso della risorse laboratorio o per migliorare l'outcome dei pazienti	Numero di linee guida disponibili
	Le quote di budget risparmiarie grazie all'incremento di appropriatezza dovrebbero essere significativamente impiegate per l'esecuzione di nuovi esami utili/necessari	Rapporto tra nuovi esami introdotti e risparmi ad appropriatezza
	Dovrebbe essere dichiarata la politica verso gli esami obsoleti	Numeri di esami/quinquennio eliminati dal proprio menu, perché obsoleti
<b>Ruolo di un sistema di reporting mirato sulle attività di laboratorio</b>	Ogni laboratorio deve avere una policy riguardo il sistema di reporting mirato sulle attività di laboratorio (A)	Presenza di un documento formale di policy
	Deve basarsi sul nomenclatore tariffario (A)	Vocabolario utilizzato
	Dovrebbe rilevare costi diretti e indiretti ed indicatori di performance, con cadenza almeno trimestrale	Consumi; volumi di attività; prestazioni/anno/adetto
	Dovrebbe contenere i dati relativi alle prestazioni e agli utilizzatori	Esempi: volumi; scostamenti; richiedenti
	Dovrebbe prevedere la documentazione degli errori e le opportune azioni correttive	Tasso di errori e n. azioni correttive/preventive
	Dovrebbe contenere informazioni sull'efficacia clinica e sull'efficienza del servizio	Qualità del sistema di reporting

## DELLA RETE PUBBLICA E PRIVATA DEI LABORATORI

1) Va verificato quanti dei seguenti punti sono stati presi in considerazione dell'analisi della situazione di partenza (si assume che le analisi siano state fatte a livello di singola ASL ed Azienda Ospedaliera):

- numero di strutture di laboratorio pubbliche (in rapporto alla rete ospedaliera e tenendo conto della distinzione tra strutture complesse e semplici) e private;
- volumi prestazionali complessivi e per singola linea analitica erogati nell'ultimo anno da ciascuna struttura separatamente per interni (reparti di degenza, urgenza) ed esterni espressi come numero di prestazioni e valorizzazione delle stesse;
- analisi del rapporto tra consumi di esami per interni ed attività di ricovero nelle strutture

ospedaliera (numero medio esami per ricovero e/o per reparto);

- analisi del rapporto tra consumi di esami esterni e popolazione di riferimento (numero medio esami per cittadino);
- appropriatezza delle richieste per esami sentinella come i marcatori tumorali, cardiaci e tiroidei;
- gestione degli aspetti correlati all'attività consulenziale nella richiesta ed interpretazione degli esami di laboratorio;
- numero per qualifica e costi del personale delle strutture a gestione diretta;
- costi analitici delle strutture a gestione diretta;
- budget riconosciuto e valore fatturato delle singole strutture private.

2) Vanno verificati i criteri utilizzati per la riorganizzazione dei laboratori pubblici a ge-

stione diretta con particolare riferimento a:

- modalità di organizzazione del laboratorio in funzione della tipologia di ospedale in cui lo stesso è collocato;
- modalità di organizzazione del servizio in orario notturno e festivo;
- saturazione delle capacità produttive del servizio pubblico (anche in considerazione dell'utenza ambulatoriale e territoriale);
- criteri per acquisizione di beni e servizi, in rapporto alla necessità di riconoscere le specificità delle singole strutture all'interno della rete e dei servizi che debbono erogare;
- criteri proposti per la individuazione e reingegnerizzazione dei laboratori da consolidare;
- criteri proposti per la concentrazione di specifiche linee analitiche in

laboratori dedicati;

- costi della logistica (trasporto dei campioni e procedure connesse per salvaguardare la qualità e sicurezza);
- costi dell'informatica di laboratorio;
- eventuali problematiche legate alla gestione di esami decentrati (POCT) ed alle responsabilità medico legali correlate;
- ipotesi di impatto economico del progetto proposto;
- crono-programma del progetto ed individuazione delle fasi in cui lo stesso viene articolato;
- atti previsti per la sua adozione;
- criteri proposti per il suo monitoraggio.

3) Vanno verificati i criteri con i quali è stato eventualmente reso operativo il progetto di cui al punto 2) con particolare riferimento a:

- numero di laboratori

oggetto di riordino organizzativo-strutturale;

- numero di linee analitiche ricollocate in laboratori specializzati;
- revisione complessiva dei costi con particolare riferimento al personale ed ai materiali.

4) Va verificato il coinvolgimento delle società scientifiche e dei gruppi professionali più coinvolti per la messa a punto di percorsi di appropriatezza con particolare riferimento a:

- numero di linee guida approvate, rese operative e monitorate a livello di Regione e di ASL per la richiesta di specifiche prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza (markers tumorali, marcatori tiroidei, esami allergologici, esami per le epatiti, ecc.);
- numero di esperienze ospedaliere con documentata riduzione dei

consumi interni a seguito di specifiche iniziative;

- messa a punto di un sistema di verifica esterna della qualità a supporto del processo di riorganizzazione e qualificazione dei laboratori.

5) Modalità di gestione della committenza nei confronti dei laboratori privati con particolare riferimento a:

- atti regionali di definizione dei tetti di produzione e dei tetti massimi di spesa;
- atti regionali sulle procedure per l'autorizzazione di nuovi laboratori;
- esistenza di criteri di selezione dei fornitori per la scelta dei laboratori privati più qualificati;
- linee storiche di tendenza della spesa per l'acquisto di prestazioni di laboratorio da privati a livello regionale e di singola ASL.

ASSISTENZA INTEGRATA H12 - H24 RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE E NUOVE TARIFFE

# Fazio dice sì a D'Anna ai tavoli tecnici ministeriali

► **Anselmo Tagliacozzi**

È stato più che fruttuoso l'incontro che si è tenuto a Roma, presso il ministero della Sanità, tra i vertici nazionali dello Stato nel comparto sanitario e l'intraprendente presidente della FederLab Italia, il dott. **Vincenzo D'Anna**.

Il tavolo del confronto c'è ed è ricco di argomenti. Dopo alcune settimane di lavoro e di studio finalmente a Roma sono state spalancate le porte, anzi spianato un percorso istituzionale che ha preso a cuore le istanze della FederLab in merito ad argomenti che attendono da tempo un riscontro oggettivo da parte delle istituzioni centrali verso quelle territoriali. Stiamo parlando non di fantascienza, ma di assistenza integrata territoriale, riorganizzazione della rete e nuove tariffe per i laboratori di analisi.

Il presidente della FederLab Italia, D'Anna ha incontrato in tale frangente il Sottosegretario alla

Sanità il Prof. **Ferruccio Fazio**. Lo stesso D'Anna, accompagnato dall'onorevole berlusconiano, **Nicola Cosentino**, Sottosegretario di Stato all'Economia e alle Finanze, nonché coordinatore regionale del Pdl, è stato ricevuto dal Prof. Ferruccio Fazio, Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute. Era presente all'incontro, anche il Direttore Generale della Programma



Nelle foto: il sottosegretario all'Economia Nicola Cosentino (sopra), il presidente FederLab Italia, Vincenzo D'Anna (sinistra), il sottosegretario di Stato al Lavoro e Salute, Ferruccio Fazio

zione Sanitaria presso il Ministero della Salute Dott. **Filippo Palumbo**. Sul tavolo del confronto le parti in causa hanno portato proposte e controproposte al fine di elaborare un piano progettuale di riforma e di accettazione delle istanze della FederLab. Oggetto dell'incontro la richiesta di FederLab Italia di inserire la rete dei Laboratori di Analisi Privati Accreditati nel progetto di Assistenza Integrata Territoriale H12 ed H24 in corso di

elaborazione da parte del Ministero della Salute. Il Presidente D'Anna ha, anche, illustrato ai rappresentanti istituzionali intervenuti in loco, la circostanziata richiesta di FederLab Ita-

lia affinché siano correttamente rilevati i costi standard di produzione utilizzati per la fissazione delle nuove tariffe ministeriali per la Medicina di Laboratorio e perché sia riconosciuto nelle tariffe medesime l'utile d'impresa per le strutture ambulatoriali private accreditate. Di fronte a questa iniziativa encomiabile e alle proposte in itinere, il Ministero della Salute, tramite il proprio referente presente all'incontro, il prof. Fazio, ha fatto sapere che lo Stato e l'intero comparto ministeriale è pronto ad attivare un tavolo di concertazione al fine di recepire al più presto soluzioni adeguate alle istanze presentate.

Dopo ampia e cordiale discussione il Sottosegretario Fazio ha dato assicurazione di un positivo riscontro alle istanze formulate da FederLab Italia, anticipando una prossima audizione dell'Associazione di Categoria per quanto concerne la fissazione delle nuove tariffe per la Medicina di Laboratorio e l'inserimento di FederLab Italia nel Tavolo Tecnico all'uopo insediato per la definizione del progetto di Assistenza Integrata Territoriale. Proprio così, in merito alla riorganizzazione territoriale dei laboratori, si sta tendendo di riformulare un piano adeguato di riforma del sistema laboratori che parta dal basso. Il Sottosegretario Fazio,

ed il Direttore Generale Palumbo, hanno evidenziato, comunque, l'esigenza di procedere alla riorganizzazione della rete dei Laboratori pubblici e privati accreditati presenti sul territorio al fine di favorire una razionalizzazione del Comparto che è particolarmente pleorico in alcune Regioni (Lazio, Campania e Sicilia). Il Presidente D'Anna, quindi, ricevendo la disponibilità piena del ministero al dialogo e al confronto costruttivo ha inviato il Sottosegretario ad aprire sul tema della riorganizzazione della rete dei laboratori un confronto con le Associazioni di Categoria per definire percorsi condivisi con le Associazioni medesime, nonché utili a mantenere vivo il ruolo e la funzione sul territorio della rete costi-

tuita dai Laboratori Privati Accreditati.

Inoltre ci si è auspicati che il Ministero della Salute abbandoni ogni ipotesi che porti alla forzosa riduzione delle strutture di laboratorio utilizzando come metodo induttivo il taglio delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni. Pertanto il sottosegretario Fazio ha dato, così mandato al Direttore Generale Dott. Filippo Palumbo di dare attuazione a quanto concordato. Saremo a vedere nei prossimi giorni mesi quanto sarà fruttuoso questo accordo tra le parti con Federlab.



Ministero della Salute

**FederLab Italia**

DIRETTORE RESPONSABILE  
**RAFFAELE BALLETTA**  
direttore.giornale@federlabitalia.com

DIREZIONE, REDAZIONE,  
AMMINISTRAZIONE  
Via Del Corso, 42 - 00186 ROMA  
Tel. 06/97841201 Fax. 06/97841203  
redazione@federlabitalia.com  
www.federlabitalia.com

EDITORE  
**R.B. Comunicazioni Soc. Coop. Arl**  
info@rbcom.it

STAMPA  
**Poligrafica Ruggiero srl**  
Zona industriale  
Via Pianodardine, AVELLINO

GRAFICA E IMPAGINAZIONE  
**pepperanucci & B**  
SPARTIERE  
VIA TESCIONE, 81 - CASERTA  
TEL. 0823 1701481

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

DISTRIBUZIONE  
ABBONAMENTO POSTALE

CONCESSIONARIA PUBBLICITARIA  
**R.B. Comunicazioni Soc. Coop. Arl**  
Via Picazio, 1 - 81100 CASERTA  
Tel. 0823 316172 - 18.73.125  
Cell. 329 74 43 393 -  
r.b.comunicazioni@rbcom.it  
commerciale@federlabitalia.com

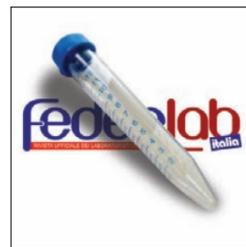
RESPONSABILE  
DEL TRATTAMENTO DATI  
(D.lgs 196/2003): Raffaele Balletta

in caso di casi.

Studio Legale  **Giaquinto-Alois**

Via Picazio, 1 - 81100 Caserta  
Tel. 0823 210356 - Fax 0823 220688  
giaquintoalois@libero.it





# La Regione Lazio presenta il documento finanziario per le strutture sanitarie Budget 2009 e tetti di spesa, niente accordi

*Per Federlab il piano non è condivisibile in quanto manca la programmazione del fabbisogno di prestazioni, nonché quella pertinente il volume erogabile e i limiti di costi per tipologie*

A seguito di un incontro tenutosi il 28 novembre scorso, presso la sede della Regione Lazio al quale hanno partecipato il dott. **Mario Morlacco**, sub-commissario per l'attuazione del piano di rientro regionale, il dott. **Guido Margini**, direttore pro tempore del Dipartimento Sociale, la dott.ssa **Tiziana Petucci** direttrice regionale vicaria della Direzione Programmazione Sanitaria, nonché le associazioni di categoria Aiop, Anisap, Confindustria, **Federlab**, Federlazio Salute, Federlazio Ursap, è stata presentata e formulata la proposta di determinazione del budget anno 2009. Sul tavolo della conferenza, la Regione Lazio ha presentato quanto segue: 1) per i tetti di remunerazione per l'anno 2009 dei soggetti erogatori privati accreditati vengono stabiliti nella medesima misura del Budget del 2008. 2) La Remunerazione per il 2009 per singolo soggetto erogatore di prestazioni di specialistica ambulatoriale è determinata nel seguente modo: produzione entro tetto fino a 80% - al 100% della tariffa; Produzione entro tetto compresa tra 81% e 100%, con regressione tariffaria differenziata per branca così specificata (60% Laboratorio d'analisi, 90% Rx, 80% Tac, 70% Fkt, 95% Visite). 3) Il tetto di cui sopra è quantificato al lordo della competizione aggiuntiva e sarà pertanto oggetto di corrispondente riduzione. 4) Il tetto di remunerazione per l'anno 2009 viene assegnato nella misura del 90% entro l'anno 2008 e si procede all'assegnazione della parte residua, entro il 31 maggio 2009, solo a seguito della verifica trimestrale inerente l'attività erogata nel primo trimestre 2009. 5) Il recupero dell'eventuale produzione non resa nel trimestre di riferimento è consentita nei trime-

stri successivi e comunque entro l'anno 2009. Di fronte a tali scelte gestionali non poteva mancare il parere di Federlab. Secondo l'associazione di categoria in questione la proposta non è condivisibile in quanto manca la programmazione del fabbisogno di prestazioni, ovvero la definizione del volume e della tipologia di prestazioni erogabili e dei correlati limiti di spesa distinti per tipologia di attività, ovvero per branca specialistica. **FederLab Lazio** ha elabo-

rata la dott.ssa Cristaudo - potrebbero essere garantiti attraverso lo strumento della regressione tariffaria in misura proporzionale allo sfioramento del tetto di branca. Per contro il meccanismo del budget individuale comporta: in primo luogo la cristallizzazione del budget, che si traduce in un ostacolo alla libera concorrenza tra le strutture erogatrici (pubbliche e private); in secondo luogo la mancanza della predeterminazione del volume delle prestazioni

Cristaudo nel documento Federlab - è in contrasto con il sistema tariffario, che impone il pagamento per intero della tariffa a fronte di un servizio prestato; ed è in contrasto con la legge, che impone di definire le modalità di pagamento per le prestazioni effettuate extra budget. Inoltre è in contrasto anche con il sistema concorsivo vincolato ai limiti di spesa, oltre i quali i laboratori sono liberi prestatori di servizi. E' evidente, in aggiunta, che l'affermazione

**Il tetto di remunerazione per l'anno 2009 viene assegnato nella misura del 90%. Federlab cosa chiede in tale senso?**

“Si chiede semplicemente la sua abrogazione”. **E sul recupero della produzione?**

“La disposizione presuppone la divisione della produzione annuale in trimestri. La limitazione della produzione trimestrale, sebbene preveda il recupero nel trimestre successivo, non è condivisibile. Ogni laboratorio - con-

siano stornati verso altra forma di prestazione ambulatoriale.

Che il budget sia definito tenendo conto sia delle necessità che delle disponibilità.

Che posto l'obiettivo economico e di fabbisogno per ogni branca eventuali ulteriori necessità da parte della Regione siano oggetto di contrattazione per la regressione tariffaria con le associazioni. La nostra per altro si dichiara sin da ora disposta ad eventuali sacrifici economici. Che venga effettuata la programmazione dei volumi e delle tipologie erogabili, con l'individuazione attraverso la legge 133/08, del fabbisogno regionale e dell'ammontare dei tetti di spesa disponibili per area.

Inoltre la Federlab chiede, inderogabilmente, che eventuali regressioni siano inizialmente pari per tutte le branche; che i residui budget eventualmente non lavorati da strutture e siano messe a disposizione di altri erogatori della medesima branca per il soddisfacimento delle esigenze della popolazione, ovvero che sia prevista la cessione di quote di budget all'interno della branca tra soggetti accreditati. Infine che, con atto commissariale venga deciso l'istituzione di tavoli tecnici di branca tra la Regione e le associazioni con il fine di aprire e confrontare sulle problematiche dell'accreditamento istituzionale, sulla riorganizzazione della rete e sulla reale valutazione del fabbisogno con valutazione dei meccanismi di definizione della capacità produttiva massima delle strutture in base ai requisiti e potenzialità di soddisfare la domanda giungendo, quindi, all'attribuzione del tetto per branca così come previsto dalla legge 133/08”.

**Massimiliano Ivo**



La sede istituzionale della Regione Lazio

borato, anche un documento che è stato inviato al Dott. Mario Morlacco sub Commissario presso la Regione Lazio. Firmataria della relazione di Federlab la dott.ssa Silvana Cristaudo, la quale ha sostenuto quanto segue: “In merito al primo punto del budget 2009 della Regione Lazio, non si divide né la metodologia del budget individuale, né l'ammontare per il 2009. L'assegnazione di un budget individuale non costituisce uno strumento necessario per il contenimento della spesa pubblica entro i livelli massimi di finanziamento - continua

ni, quindi una limitazione del SSR in quegli ambiti territoriali in cui la domanda di prestazioni è superiore e al budget economico; nonché lo spostamento del paziente dal privato al pubblico, determinando così un costo aggiuntivo per il SSR”.

**Sulla remunerazione? Qual è la posizione di Federlab?**

“Dal documento di non condivisione si evince che Federlab Lazio denuncia la regressione tariffaria del 40% prevista per i laboratori di analisi, la quale non è giustificata e pertanto, non può essere accettata come “atto di fede”. Tale misura - sottolinea la

zione secondo cui il fabbisogno regionale è in questo momento solo di ordine finanziario è priva di fondamento. Infatti i laboratori d'analisi già svolgono a vantaggio del SSR prestazioni non retribuite in base alla Legge Finanziaria 2007 (per un ammontare dieci volte superiore a quello di altre branche); a questo la Regione vuole aggiungere ulteriore abbattimento palesemente più penalizzante per il laboratorio rispetto alle altre branche. Si chiede pertanto quale sia stata la metodologia che abbia prodotto differenziali abba-

tinua la dott.ssa Cristaudo nella sua relazione Federlab - deve poter lavorare in base alla propria capacità produttiva che non può essere condizionata nel corso dell'anno da limitazioni di spesa.

Stante l'evidente difficoltà economica siamo comunque disposti a fare la nostra parte e pertanto proponiamo alla Regione: che venga definito il budget di spesa per comparto e che essa rimanga all'interno del comparto stesso, identificando anche con subcodici Sias le attività delle strutture e multi-branca, impedendo pertanto che stanziamenti destinati ad un'attività

## Piano di riparto del Fondo sanitario nazionale 2009

# Sanità, tra un anno buco da dieci miliardi

*Tre grandi regioni penalizzate nella distribuzione delle risorse: Campania, Liguria e Sicilia*

### ► Tullia Sgalambro

Diamo da vicino uno sguardo al piano di riparto del Fondo Sanitario Nazionale che ammonterebbe a circa 103,8 miliardi di euro.

Il quadro riassuntivo delle assegnazioni alle singole Regioni indica che la Regione Lombardia e la Regione Lazio hanno un incasso per quote provenienti dalla fiscalità (IRAP e IRPEF) doppie rispetto alle entrate delle altre Regioni. Sono state eliminate, al riguardo, tra gli indici di peso utilizzati per definire il riparto del Fondo Sanitario Nazionale l'indice relativo alla popolazione straniera assistita.

Sono invece aumenti e diminuiti gli indici della popolazione. Tuttavia sono state penalizzate alcune Regioni con Piani di Rientro dal Debito (Liguria, Campania, Sicilia) oltre che la Regione Puglia con una sottostima del Fondo assegnato a quelle Regioni di circa 250 milioni di euro. Per questo mancato riconoscimento le Regioni in questione chiederanno uno stanziamento integrativo. Per quanto concerne i tempi e le modalità di verifica degli obiettivi di risparmio contenuti nei Piani di Rientro dal Debito, si attende la fine del mese di marzo al fine di verificare dei conti per le regioni Lazio e Sicilia. Nelle scorse settimane si preannunciava tempesta al tavolo tra le Regioni sui criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale 2009. Puglia, Sicilia e Campania hanno più volte chiesto nuove regole per la distribuzione delle disponibilità finanziarie destinate alla sanità, che per l'anno appena iniziato ammontano a 103,78 miliardi di euro. Sull'accordo era scettico il governatore del Lazio Piero Marrazzo, il quale lasciando la conferenza delle Regioni tenutasi due settimane fa

### Economia

## Una lente sui conti del sistema sanitario italiano

La spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del prodotto interno lordo (Pil). "Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi". E' da allarme rosso l'avvertimento degli economisti del Ceis, il centro per gli studi economici e finanziari della facoltà di

Economia dell'Università Tor Vergata della capitale, che questa mattina a Roma hanno presentato il loro VI Rapporto sanità 2008. Lo spaventoso differenza tra finanziamento e spesa per il servizio sanitario nazionale "dovrebbe essere colmato dalle regioni con recuperi di efficienza, o inasprendo la

compartecipazione dei cittadini. Ottagliando i servizi". Un quadro ben poco edificante anche alla luce delle numerose regioni con i conti in affanno. E che suona minaccioso per i portafogli degli italiani. In base ai dati, infatti, "già oggi i cittadini pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla gestione economica delle famiglie. Sono 349.180 le famiglie del Belpaese - prosegue il rapporto - che nel 2006 si sono imposte per le spese sanitarie impreviste di cui si sono dovute far carico.

Un numero pari all'1,5% del totale e a cui se ne aggiungono 861.383 (il 3,7%) che hanno dovuto fare i conti con 'spese catastrofiche' che hanno prosciugato le proprie risorse". In questo quadro il richiamo degli economisti è, ancora una volta, alle possibili conseguenze nefaste di un federalismo che non pensi a un "ridimensionamento ben calibrato del modello di compartecipazione". Altrimenti, ammoniscono, "si rischia di inasprire le differenze già evidenti tra servizi sanitari regionali".

**Altidora de Marini**

aveva dichiarato «E' molto difficile riuscire ora» a definire criteri diversi da quelli scritti nel Patto della Salute del 2007.

E sulla possibilità di raggiungere un accordo sul riparto del Fondo, si disse "fiducioso nella solidarietà istituzionale". Nel contempo furono poste le obiezioni di quattro grandi Regioni (Liguria, Campania, Puglia e Sicilia) per ottenere una maggiorazione legata alla

necessità di rispettare i piani di rientro hanno fatto sì che si rinviassero la seduta. All'epoca è stato precisato dall'assessore alle Finanze della Lombardia, Romano Colozzi: «Non sono semplici aggiustamenti ma si tratta di variazioni significative, di scostamenti rispetto ai risultati attesi che alcune Regioni intendono rivendicare con forza».

Per il Ssn, ci sono in palio 103,7 miliardi. Si sta lavo-

rando adesso per ripartire i finanziamenti per i Lea che ammonterebbero a 101,5 miliardi ai quali si affiancano, 1,6 miliardi a destinazione vincolata e 605,5 milioni per il finanziamento di attività non rendicontate dalle aziende sanitarie.

Il riparto dovrà prendere in considerazione, non solo i piani di rientro che ogni regione sta adoperando al fine di tagliare la spesa sanitaria, ma dovrà anche tenere

conto dei costi standardizzati per il federalismo fiscale. Parametri che dovranno essere scritti nel nuovo patto per la salute in cui si prevede la presenza anche dei Lea...

Per il sottosegretario alla Salute Ferruccio Fazio, che ritiene indispensabile avviare i tavoli di discussione su tale tematica, è importante tenere bene a mente che ci sono stati vistosi ritardi sia per i Lea, sia per quant

concerne gli extrasconti, negando comunque che i problemi derivanti dal rinvio della seduta sul riparto, siano connessi e dipendenti a questioni di bilancio per la mancata copertura economica, ricordando e sostenendo che l'accordo già raggiunto con le Regioni prevede addirittura un risparmio di 800 milioni.

In tale frangente, comunque dando uno sguardo al Patto per la salute, le Regioni hanno rilevato e posto in rilievo un dato allarmante...

Si tratta di una previsione. Un'insufficienza dei fondi previsti per il triennio 2010-2012 e hanno esplicitamente chiesto di aprire una discussione, nel merito, con il

Governmento. Per quanto riguarda l'anno 2009, secondo la proposta della Salute, basata sui criteri triennali in vigore, il fondo sanitario "di partenza" è di 102,285 milioni per l'abolizione dei ticket sulla specialista ambulatoriale, 398 milioni per la copertura dei maggiori oneri contrattuali 2006-2007, 184 milioni in più per il rinnovo delle convenzioni, 162,8 milioni per il finanziamento della medicina penitenziaria trasferita al Ssn, 700 milioni per il fondo per le Regioni con elevati disavanzi.

Di queste somme extra, i 162,8 milioni per la penitenziaria saranno ripartiti in secondo momento.

La quota capitaria è incrementata del 2,4%, la crescita complessiva cioè delle risorse a disposizione è di 1.678,38 euro.

Sulle quote vincolate, invece, una parte - 1,4miliardi - è dedicata agli obiettivi di Piano con una rivalutazione del 3% rispetto al 2008, mentre le restanti somme (809 milioni circa) sono destinate a varie voci tra cui i finanziamenti degli Izs, degli specializzandi, della Croce rossa, del Bambino Gesù di Roma, per la prevenzione dell'Aids.

### Le assegnazioni proposte dalla Salute (valori in milioni)

Regioni	Fabbisogno totale	Totale per cassa	Regioni	Fabbisogno totale	Totale per cassa
Piemonte	7.734,8	7.563,6	Molise	555,6	550,2
V. d'Aosta	218,3	85,7	Campania	9.496,3	9.025,3
Lombardia	16.235,2	16.356,4	Puglia	6.783,8	6.577,7
Bolzano	840,2	403,7	Basilicata	1.023,2	956,9
Trento	864,4	324,7	Calabria	3.419,4	3.114,8
Veneto	8.113,9	8.027,4	Sicilia	8.268,2	3.857,1
Friuli V.G.	2.165,2	887,2	Sardegna	2.810,1	646,5
Liguria	3.048,4	2.959,7	B. Gesù	-	145,3
E. Romagna	7.532,6	7.699,9	Or. Malta	-	35,0
Toscana	6.513,9	6.473,1	<b>Italia</b>	<b>101.481,8</b>	<b>91.116,8</b>
Umbria	1.566,3	1.541,2	Vincolate	2.219,3	2.219,3
Marche	2.712,2	2.608,4	Reg. statuto speciale	-	8.402,5
Lazio	9.325,5	9.081,6	Entrate proprie	-	1.962,5
Abruzzo	2.254,3	2.195,4	<b>Tot. fondo</b>	<b>103.701,1</b>	<b>103.701,1</b>



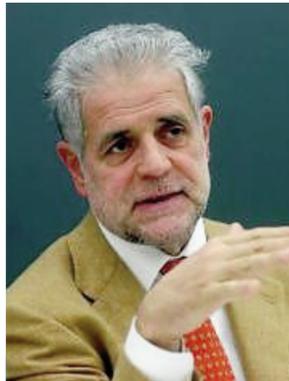
## “PIOGGIA” DI EURO PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE DEI LABORATORI

A dir poco esemplare è l'azione della Regione Lombardia che median- te il proprio or- gano di- rettivo, la giunta regio- nale, presieduta dal pre- sidente, l'on. **Roberto Formigoni** ha disposto un provvedimento di fi- nanziamento per l'inte- grazione dello stan- zia- mento a copertura delle ulteriori prestazioni di specialistica ambula- toriale. In poche parole sono stati investiti ul- teriori fondi annuali per i laboratori pubblici e privati.

Pertanto stiamo parlan- do di un congruo inve- stimento caratterizzato dalla cospicua somma di 32 milioni di euro che sarà destinata per il pagamento dei volumi di prestazioni speciali- stiche erogate oltre il li- mite contrattualmente determinato, ovvero ol- tre la soglia di produ- zione determinata per ciascuna struttura am- bulatoriale privata ac- creditata nel compren- sorio territoriale della Regione Lombardia. Tale provvedimento finanziario ed economi- co- amministrativo, a dir poco ragguardevole, come abbiamo già evi- denziato sopra, prevede di assegnare la somma complessiva di 32 mi- lioni di euro alle Azien- de Sanitarie Locali af- finché provvedano alla parziale copertura del- l'eccesso di produzione (rispetto alla soglia del 106%) per la speciali- stica ambulatoriale, al netto delle quote già stan- ziate con DDG Sa- nità n. 8547.

Ma non è tutto... 27 milioni di euro do- vranno essere obbliga- toriamente attribuiti dalle ASL a ciascun soggetto erogatore ac- creditato e a contratto che abbia ef- fettuato un eccesso di produzione (rispetto alla soglia del 106%) per la speciali- stica ambulatoriale, fino ad un massimo di co- pertura del 20%.

5 milioni di euro, inve- ce, resteranno nella di- sponibilità delle ASL affinché li possano de- stinare ai soggetti ero- gatori che abbiano ef- fettuato un eccesso di produzione (rispetto al- la soglia stabilita dal decreto prevista nel 106%) per la speciali- stica ambulatoriale, al netto delle quote già



Il presidente della Lombardia Roberto Formigoni

stanziati con DDG Sa- nità n. 8547 del 01.08.2008.

Le quote che le ASL non dovessero distribui- re rientreranno nella piena disponibilità del sistema.

Le Aziende Sanitarie Locali, dovranno in tale senso, integrare i con- tratti in essere con i soggetti accreditati, nonchè stabilire che gli atti amministrativi adot- tati dalle ASL dovranno conformarsi alle dispo- sizioni dalla legge re- gionale n. 31/97.

E' del 18%, inoltre, lo sconto che gli erogatori di diritto privato do- vranno applicare alle fatturazioni emesse alle ASL per il rimborso delle prestazioni af- ferenti alla branca di dia- gnostica di laboratorio. La percentuale applica- ta in termini di sconto alle valorizzazioni cal- colate sulla base del ta- riffario oggi in vigore in Regione Lombardia è sempre del 18% e non del 20% in quanto me- diamente il tariffario re- gionale, per quanto ri- guarda la branca di la- boratorio analisi, è su- periore del 10% rispetto al DM 1996.

Le risorse derivanti dal- lo sconto sulle citate prestazioni sono acqui- site al governo del si- stema.

Inoltre sui fondi desti- nati alle funzioni non tariffate, sono stati stanziati 2,3 milioni di euro aggiuntivi per l'anno 2008 volti alla terapia intensiva di neo- nati con peso inferiore a 1500 gr., con la finalità di fronteggiare la ri- chiesta di più culle neo- natali necessarie a far fronte alla domanda ter- ritoriale crescente di te- rapia intensiva neonata- le, con la seguente sud- divisione:

- IRCCS Fondazione Policlinico n. 8
  - AO Niguarda n. 1
  - AO Monza n. 2
  - AO Varese n. 5
  - AO San Paolo n.4
  - AO Bergamo n. 2
  - AO Brescia n. 1.
- Infine per le “Politiche regionali di sviluppo dei soggetti no profit operanti in ambito sani- tario”, sono stati stan- ziate 60 milioni di euro per l'anno 2008, nel - l'ambito delle risorse previste al fondo sanita- rio regionale di cui al- l'UPB 5.1.0.2.256 del 2008 “Mantenimento dei livelli essenziali di assistenza”.

L'assessore regionale della Lombardia **Luciano Bresciani**, ha stilato un bilancio annuali sugli interventi sanitari ef- fetuati nel cuore del Nord: “Lo scorso anno in Lom- bardia sono stati effettua- ti circa la metà di tutti gli esami di screening per il tumore del colon retto svolti in Italia, a dimo- strazione del grande im- pulso che vi hanno avuto le attività di diagnosi precoce delle neoplasie. I cittadini lombardi, in so- stanza, stanno facendo proprio uno slogan che considero assai adeguato a questo tipo di proble- mi: “Sappiatelo prima,



L'assessore regionale Luciano Bresciani

vivrete di più”.

Questo è quanto ha pre- sentato alla stampa Bre- sciani durante il conve-

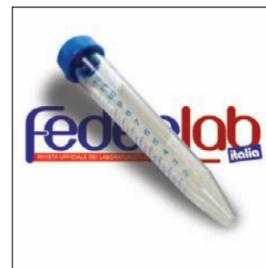
gno annuale dell'Ons (Osservatorio Nazionale Screening) a Milano. Le attività di screening, per la cui realizzazione la Regione Lombardia ha investito oltre 30 milioni di euro, riguardano il cancro della mammella, del colon retto e della cervice uterina, i tre prin- cipali tumori che colpi- scono la popolazione ita- liana.

Attualmente la ricerca scientifica ha fornito prove sufficienti sull'ef- ficacia di tre screening, il cui obiettivo è quello di identificare precocemen- te i tumori, riducendo di conseguenza la mortalità.

**Hotel Villa Margherita**

Una splendida Villa ottocentesca restituita al suo fascino da un meticoloso restauro, diventa un hotel di charme in una delle vie più prestigiose di Napoli, la via del Parco Margherita. Nelle immediate adiacenze di hotel di lusso 5 stelle, circondata da palazzotti d'epoca e lussuose residenze storiche, lo stile liberty, gli stucchi chiari e la vista panoramica su Capri, rendono ancora più incantevoli, gli ambienti rinnovati ed eleganti della Villa. La discreta ed attenta accoglienza della Casa consente all'ospite di entrare in contatto con il vero stile di vita napoletano. La posizione privilegiata permette di raggiungere agevolmente a piedi le vie dello shopping esclusivo di via dei Mille e del Vomero, il lungomare di Mergellina e gli imbarchi per le isole. Le stazioni della Metropolitana, Funicolare e Bus sono a pochi metri di distanza. I proprietari hanno inteso concedere un vantaggio anche agli ospiti che arrivano in auto disponendo per tutto il soggiorno, l'utilizzo gratuito di un garage a pochi metri dalla Villa. Il restauro della Villa ha tenuto in considerazione anche le esigenze di chi viaggia per lavoro. Le camere sono tutte dotate di internet WI-FI, di collegamento alla stampante di rete della casa e di comode scrivanie o tavolini di lavoro. Nulla è lasciato al caso: ampie cabine armadio in quasi tutte le camere, cassaforte elettronica, linea cortesia completa di tutti gli accessori. È inoltre prevista la possibilità di prenotare massaggi corpo di varia tipologia oltre che di trattamenti estetici di base: una camera è stata adeguatamente attrezzata per accogliere gli ospiti in pieno relax, in sintonia con il resto dell'ambiente. Un roof garden e una serie di terrazzini privati di pertinenza degli appartamenti consente di godere del fresco dei giardini con una vista mozzafiato sull'isola di Capri, che si staglia esattamente di fronte la Villa. Chi vuole invece immergersi nella lettura di un quotidiano o di un libro assaporando lentamente un cocktail, può utilizzare la biblioteca privata del salotto interno. Il numero limitato di camere, 13, consente agli ospiti di godere sempre e in ogni caso della propria privacy e del fascino discreto che pervade l'intera residenza.

Via del Parco Margherita, 101  
80121 NAPOLI  
Tel. 081 3410403 - 081 3410501  
Tel. / Fax 081 3410719  
www.villamargheritahotel.com  
info@villamargheritahotel.com



## La battaglia legale fu avviata dalla Biogenet Srl innanzi al Tar “Bocciata” dalla Corte Costituzionale la legge regionale che sospendeva i nuovi accreditamenti

Si stava attendendo da tempo la sentenza della Corte Costituzionale su un tema caro alla FederLab Italia. La battaglia legale sul fronte dell'esclusione dall'accREDITAMENTO delle strutture autorizzate, ha portato i suoi frutti. La Corte Costituzionale con Sentenza n. 361 del 03.11.2008 ha dichiarato, infatti l'illegittimità costituzionale dell'art. 15 comma 3 della Legge della Regione Calabria 11.08.2004 n. 18 concernente l'AccREDITAMENTO degli Istituti privati operanti nei settori della specialistica ambulatoriale e di laboratorio. L'articolo è stato dichiarato incostituzionale prevedendo la sospensione a tempo indeterminato del rilascio di nuovi accreditamenti alle strutture ambulatoriali con salvezza delle strutture beneficiarie da una apposita sanatoria regionale.

La Suprema Corte ha stabilito che non è possibile discriminare nel processo di accREDITAMENTO delle strutture quelle che sono in possesso dei requisiti previsti dall'AccREDITAMENTO medesimo creando una irragionevole ed ingiustificata disparità di trattamento con le strutture già accreditate provvisoriamente, ovvero oggetto di specifica sanatoria. Giova precisare che, nelle more, la Regione Calabria ha nuovamente disciplinato la materia con l'approvazione della Legge Regionale n. 24 del 18.07.2008 art. Ma vediamo da vicino e precisamente nei suoi contenuti la

sentenza che ha “bocciato” letteralmente la decisione della Regione Calabria e ha certamente dato ragione alla categoria dei laboratori accreditati. Nel giudizio di legitti-

Tribunale amministrativo regionale della Calabria, sede di Catanzaro, sollevò la questione di legittimità costituzionale dell'art. 15, comma 3, della legge della Regione

devano avere titolo, in base alle predette disposizioni, all'autorizzazione, ove sprovviste, ed all'accREDITAMENTO». Di fronte a tale “falce” normativa fu proposto

131845. In data 25 gennaio 2006 la Biogenet s.r.l. presentò la domanda di accREDITAMENTO; con nota dell'8 febbraio 2006. Il Dipartimento tutela della salute, po-

definirsi sulla base degli standards indicati dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali».

Nel giudizio principale la Biogenet s.r.l. assunse la posizione di ri-

chiedere l'illegittimità del provvedimento impugnato, deducendo: a) la violazione dell'art. 15 della legge reg. Calabria n. 18 del 2004 e dell'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria), nonché l'eccesso di potere per travisamento dei fatti, difetto dei presupposti, illogicità e contraddittorietà; b) l'illegittimità costituzionale dell'art. 15, per violazione degli artt. 3, 32, 41, 97, 117 Cost.

Pertanto il TAR sollevò, quindi, la questione di legittimità costituzionale

del II° articolo sopra citato.

In particolare, si sottolineava l'aspetto che «L'accREDITAMENTO istituzionale dovesse essere rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinata mente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione [rispetto a quelli necessari per l'autorizzazione], alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti». Spetta alla Regione la competenza



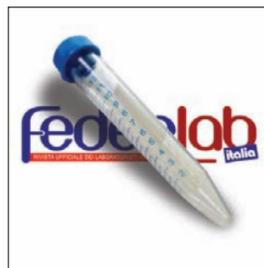
Una seduta della Corte Costituzionale

mità costituzionale del 21 ottobre 2008 sono stati ascoltati al riguardo il giudice relatore Gaetano Silvestri; e l'avvocato Beniamino Caravita di Toritto per la Regione Calabria. In tale frangente è stata dichiarata la legge: l'art. 15, comma 3, della legge della Regione Calabria 11 agosto 2004, n. 18: un provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario collegato alla manovra di assestamento di bilancio per l'anno 2004. La vicenda giudiziaria è sorta un anno fa e precisamente, quando con l'ordinanza depositata l'8 giugno 2007 il

Calabria 11 agosto 2004, n. 18. La norma censurata stabiliva che «Fino alla determinazione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, da definirsi sulla base degli standards indicati dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, non potevano essere rilasciati accreditamenti, fatte salve le fattispecie regolate dalle disposizioni di sanatoria previste dalla legge regionale n. 8/2003 così come modificata e integrata dalla legge regionale n. 30/2003, le cui strutture interessate si inten-

un ricorso dalla Biogenet s.r.l. avverso il provvedimento n. 8550 del 7 aprile 2006 della Direzione generale, Dipartimento tutela della salute, politiche sanitarie e sociali, della Regione Calabria, avente ad oggetto il «diniego di “AccREDITAMENTO per attività di diagnostica strumentale e di laboratorio. Prestazioni specialistiche di genetica medica”». Il giudice a quo riferì che la società ricorrente, costituitasi in giudizio nel dicembre 1998, gestiva un laboratorio specialistico in genetica medica e forense, autorizzato dalla Regione in data 11 dicembre 2001, con atto n.

litiche sanitarie e sociali, della Regione Calabria comunicò i motivi ostativi all'accogliimento dell'istanza. Successivamente, acquisite le deduzioni della società istante, la Regione, con provvedimento n. 8550 del 7 aprile 2006, assunto dal citato Dipartimento, negò l'accREDITAMENTO «rilevando che, secondo il disposto dell'art. 15, comma 3, della legge regionale n. 18 del 2004, non potevano essere rilasciati nuovi accreditamenti fino alla determinazione del fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, da



amministrativa e giurisdizionale nel definire «il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9».

Inoltre è stato supportato in tale contesto giuridico: che, secondo la giurisprudenza della Corte costituzionale (sentenza n. 416 del 1995), «l'accredimento è una operazione da parte di una autorità o istituzione (nella specie regione), con la quale si riconosce il possesso

da parte di un soggetto o di un organismo di prescritti specifici requisiti (c.d. standard di qualificazione) e si risolve, come nella fattispecie, in iscrizione in elenco, da cui possono attingere per l'utilizzazione, altri soggetti (assistiti-utenti delle prestazioni sanitarie)». Nella pronuncia richiamata, la Corte costituzionale, con riferimento al disposto dell'art. 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica), ha precisato che «viene riconosciuto un "diritto all'accredimento delle strutture in possesso dei requisiti di cui all'art. 8, comma 4, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni", escludendo in radice una scelta ampiamente discrezionale ed ancorando l'accredimento al possesso di requisiti prestabiliti (strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, a tutela della qualità e della affidabilità del servizio-prestazioni, in modo uniforme a livello nazionale per strutture erogatrici), stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento emanato di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome».

In ragione di quanto sopra esposto, il Tribunale amministrativo regionale della Calabria ritenne che la norma di cui all'art. 15, comma 3, della legge reg. Calabria n. 18 del 2004 si

poneva in contrasto con i canoni di ragionevolezza ed eguaglianza, di cui all'art. 3, primo comma, Cost.

Pertanto, la norma censurata emessa dalla Regione Calabria contemplava esplicitamente e cristallizzava una

istituzionale, ha inteso delineare un sistema aperto, basato essenzialmente sul possesso di requisiti di qualificazione). Secondo il giudice a quo, una norma come quella censurata, che condizionava il rilascio di nuovi accreditamenti «a condizioni vaghe ed incerte, se non addirittura irrealizzabili, reintroduceva di fatto un sistema nel quale l'erogazione delle prestazioni era assicurata da una cerchia definita di soggetti, senza possibilità di accesso per altri». Pertanto il Tar Calabria ritenne che la norma in questione contestata dalla Biogest S.r.l. era

ventivabile l'operare dei meccanismi propri dell'accredimento istituzionale, ostando ad un'effettiva selezione degli operatori, basata sui requisiti di qualificazione».

La Regione Calabria, in persona del Presidente pro tempore della Giunta, ottenendo un giudizio avverso dal Tar, decise di costituirsi in giudizio, eccependo l'inammissibilità e l'infondatezza della questione di legittimità costituzionale e rinviando ai successivi atti la compiuta articolazione delle proprie difese alla corte costituzionale.

In data 8 ottobre 2008



Fascicoli giudiziari- Giustizia e Sanità

In particolare, il giudice a quo reputò «intrinsecamente irrazionale una norma che pone un blocco assoluto ed a tempo indeterminato degli accreditamenti in rilevanti settori, quali quello della specialistica ambulatoriale e della diagnostica strumentale e di laboratorio, e ciò in funzione della determinazione del relativo fabbisogno e, quindi, dello stesso elemento che, secondo la legislazione statale, deve costituire il punto di riferimento per l'esercizio della funzione discrezionale correlata al rilascio degli accreditamenti».

situazione di discriminazione in danno di alcuni soggetti pur in possesso dei requisiti per l'accredimento ed a favore di altri che, anche in forza di previsioni di sanatoria, si sono trovati ad operare per conto del SSN nell'ambito di un sistema sostanzialmente chiuso..

Inoltre secondo il Tar tale norma comportava un'implicazione con l'articolo 117 della Costituzione Italiana (implicando una chiara violazione dei principi della normativa statale in materia, che, con l'introduzione del sistema dell'accredimento

anche in contrasto con il principio di buon andamento della pubblica amministrazione, di cui all'art. 97 Cost. Infatti, l'introduzione del sistema dell'accredimento istituzionale, basato sul possesso da parte degli operatori di determinati standard qualitativi e quantitativi di carattere strutturale e funzionale, è finalizzata a realizzare obiettivi di efficienza ed efficacia, il cui perseguimento è direttamente correlato alla soddisfazione del principio di buon andamento. La norma censurata, invece, impediva «sostanzialmente e per un arco di tempo non pre-

la Regione Calabria depositò una memoria integrativa con la quale insisteva nelle conclusioni già rassegnate nell'atto di costituzione in difesa.

La Corte Costituzionale infine, come abbiamo visto sopra ha rigettato le tesi della Regione Calabria e sostenuto la tesi degli operatori dei laboratori d'analisi.

Adesso il consiglio regionale della Calabria e la stessa giunta dovranno riformulare il provvedimento adottato e renderlo il più costituzionale possibile al fine di garantire l'intera categoria e le strutture accreditate.

La Corte  
Costituzionale  
con Sentenza n.  
361 del  
03.11.2008 ha  
dichiarato  
l'illegittimità  
costituzionale  
dell'art. 15  
comma 3 della  
Legge della  
Regione Calabria  
11.08.2004 n. 18  
concernente  
l'Accreditamento  
degli Istituti  
privati operanti  
nei settori della  
specialistica  
ambulatoriale e  
di laboratorio.  
L'articolo  
dichiarato  
incostituzionale  
prevede la  
sospensione a  
tempo  
indeterminato del  
rilascio di nuovi  
accredimenti.

Per visionare

il testo integrale

della sentenza

vi invitiamo

a visitare il sito

[www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com)

# Confronto tra Campania e Sicilia

## Tutti i numeri di spesa per branca specialistica

► di Lello Santamaria

Lo studio comparato di FederLab Italia sui dati di spesa della Sicilia e della Campania dimostra in maniera inequivocabile che una corretta programmazione sanitaria deve necessariamente avere inizio con l'identificazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili per ciascuna branca specialistica.

Identificare il fabbisogno di prestazioni per determinare, successivamente, il fondo economico, ovvero il limite di spesa, costituisce un metodo trasparente che consente ad ogni operatore sanitario di conoscere le dinamiche compressive dei consumi del fondo economico disponibile.

Quando si è costretti a ragionare intorno al Tetto di Spesa attribuito alla singola struttura ciascuno perde di vista, ovvero ignora, il dato economico generale e non è in grado di comprendere quale sia la reale consistenza delle assegnazioni economiche individuate per i privati accreditati rispetto al fabbisogno di prestazioni richiesto dall'utenza ai privati stessi.

Parimenti impossibile è l'analisi comparativa e la valutazione della spesa che le singole branche specialistiche assorbono nel corso dell'anno.

Quando si ha la possibilità di ragionare intorno ai dati relativi ai volumi di prestazioni erogate si può facilmente rilevare se esiste una condizione di non omogenea distribuzione del fondo economico disponibile alle singole Aziende Sanitarie, ovvero se esista una sperequazione in danno degli utenti di alcune Province che viceversa favorisce gli utenti delle altre.

In sintesi, appare del tutto chiaro che l'operato della Regione non

Regione Sicilia	
<b>Stima del fabbisogno di prestazioni di Specialistica Ambulatoriale</b>	
<b>Nota metodologica numero prestazioni</b>	La stima del numero di prestazioni è stata effettuata mediante la comparazione dei dati epidemiologici e demografici della Regione Sicilia e della Regione Campania
<b>Nota metodologica spesa</b>	La Stima della spesa minima utile a garantire la copertura del fabbisogno di prestazioni pro-capite al 31/12/2009 è stata effettuata confrontando i dati storici della spesa della Regione Sicilia con quelli della Regione Campania tenuto conto delle differenze tariffarie ed utilizzando per il calcolo del Valore Medio Prestazione i valori rilevati nella Regione Campania per le Branche Specialistiche (Branche a Visita, FKT, Medicina Nucleare, Radiologia, Radioterapia). Per il Laboratorio il Valore Medio Prestazione è stato calcolato sulla base dei dati relativi alla spesa ed al Volume di Prestazioni erogate nell'anno 2007 così come indicati nel Piano di Riorganizzazione della Rete di Laboratorio.

Stima Minima Federlab Italia (Copertura fabbisogno Regione Sicilia al 31/12/2009)		
Branca	Spesa	Peso
BV	€ 43.414.792,29	11,68%
FKT	€ 67.651.952,14	18,20%
LAB	€ 142.654.321,60	38,37%
MN	€ 19.515.134,24	5,25%
RAD	€ 93.162.834,99	25,06%
RT	€ 5.357.630,69	1,44%
<b>Totale</b>	<b>€ 371.756.665,95</b>	<b>100,00%</b>

AA.SS.LL.	PROVINCE	POPOLAZIONE 31 DICEMBRE 2006
101	Agrigento	449.100
102	Caltanissetta	272.918
103	Catania	1.076.972
104	Enna	177.104
105	Messina	650.433
106	Palermo	1.247.368
107	Ragusa	309.280
108	Siracusa	398.948
109	Trapani	434.738
	<b>Totale</b>	<b>5.016.861</b>

è sempre corretto né garantisce in eguale misura tutte le branche specialistiche e tutti i Cittadini utenti. E' chiaro a tutti che i

comprendere che il compito precipuo delle Regioni non è quello di determinare la sorte delle strutture, di fissare limiti alla capacità delle

dei dati di spesa evidenzia che la Regione Sicilia sottostima il finanziamento per l'anno 2009 fino al punto di non garantire la coper-

niche secondo un criterio di maggiore equità, ovvero secondo quota pro-capite per ogni Cittadino Siciliano. Siamo convinti che in

Bozza Decreto Regione Sicilia			
Branca	Spesa	Prestazioni	Prestazioni/Abitante
BV	€ 58.169.405,00	3.594.447	0,72
FKT	€ 55.290.900,00	8.515.524	1,70
LAB	€ 114.623.646,00	27.291.344	5,44
MN	€ 8.471.138,00	102.476	0,02
RAD	€ 51.060.672,00	1.364.506	0,27
RT	€ 6.575.239,00	192.471	0,04
<b>Totale</b>	<b>€ 294.191.000,00</b>	<b>41.060.768</b>	<b>8,18</b>

Regione Campania Consuntivo 2007			
Branca	Spesa	Prestazioni	Prestazioni/Abitante
BV	€ 57.151.911,75	3.095.071	0,53
FKT	€ 89.058.088,14	12.020.802	2,08
LAB	€ 187.794.571,85	39.186.010	6,77
MN	€ 25.690.028,01	272.363	0,05
RAD	€ 122.641.013,41	2.872.281	0,50
RT	€ 7.052.868,86	180.934	0,03
<b>Totale</b>	<b>€ 489.388.482,03</b>	<b>57.627.462</b>	<b>9,96</b>

	Abitanti
Sicilia	5.016.861
Campania	5.787.986

Tetti di Spesa per branca specialistica consentono una migliore e completa conoscenza

strutture medesime di produrre fatturato, quanto di programmare il fabbisogno assisten-

tura del fabbisogno di prestazioni per diversi mesi dell'anno e per diverse tipologie di attivi-

Sicilia occorra una "Operazione Trasparenza" che attraverso la piena conoscenza degli

Bozza Decreto Assegnazione Fondi 2009 Regione Sicilia								
AA.SS.LL.	PROVINCE	POPOLAZIONE 31 DICEMBRE 2006	BV	FKT	LAB	MN	RAD	RT
101	Agrigento	449.100	€ 10.219.624,00	€ 6.895.077,00	€ 11.470.668,00	€ 1.705.809,00	€ 4.253.822,00	€ 0,00
102	Caltanissetta	272.918	€ 1.595.788,00	€ 0,00	€ 4.055.375,00	€ 0,00	€ 798.837,00	€ 0,00
103	Catania	1.076.972	€ 13.758.264,00	€ 11.226.544,00	€ 28.442.911,00	€ 1.978.335,00	€ 12.586.814,00	€ 2.282.133,00
104	Enna	177.104	€ 615.238,00	€ 0,00	€ 1.767.524,00	€ 0,00	€ 1.746.239,00	€ 0,00
105	Messina	650.433	€ 4.975.443,00	€ 5.629.894,00	€ 18.167.547,00	€ 300.532,00	€ 6.589.584,00	€ 0,00
106	Palermo	1.247.368	€ 18.322.210,00	€ 20.397.387,00	€ 28.302.200,00	€ 3.200.295,00	€ 15.371.802,00	€ 4.293.106,00
107	Ragusa	309.280	€ 532.582,00	€ 392.157,00	€ 4.254.498,00	€ 112.643,00	€ 1.460.122,00	€ 0,00
108	Siracusa	398.948	€ 5.335.985,00	€ 1.922.328,00	€ 8.758.085,00	€ 767.689,00	€ 3.762.913,00	€ 0,00
109	Trapani	434.738	€ 2.814.273,00	€ 8.827.513,00	€ 9.404.840,00	€ 405.835,00	€ 4.490.539,00	€ 0,00
		<b>5.016.861</b>	<b>€ 58.169.405,00</b>	<b>€ 55.290.900,00</b>	<b>€ 114.623.646,00</b>	<b>€ 8.471.138,00</b>	<b>€ 51.060.672,00</b>	<b>€ 6.575.239,00</b>

degli eventi e che tutte le strutture godono degli stessi vantaggi e delle stesse informazioni.

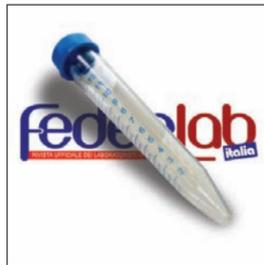
In questo nuovo contesto cognitivo è facile

ziale identificando quello che deve essere erogato in favore degli utenti nei limiti delle disponibilità economiche, ovvero dei Tetti di Spesa. L'analisi comparativa

sanitaria. Pur in presenza di tariffe più alte il costo medio delle prestazioni di laboratorio in Sicilia è sensibilmente più basso che in Campania così

eventi consenta ai laboratori di uscire dall'angusto angolo dell'egoismo e del particolarismo in cui molti sono stati relegati dai Tetti di struttura.

SICILIA  
Per FederLab Italia occorre subito una corretta programmazione sanitaria con l'identificazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili per ciascuna branca specialistica  
**Pur in presenza di tariffe più alte il costo medio dei servizi di laboratorio in Sicilia è sensibilmente più basso che in Campania così come minore è il numero di prestazioni.**



# IL CONSIGLIO DI GIUSTIZIA SICILIANO EMANA LE ORDINANZE

## Sconti tariffari, si mobilita l'ufficio legale

*La FederLab contraria alla sospensione del procedimento di esazione dello sconto*

► di Anselmo Tagliacozzi

Il consiglio di giustizia amministrativa della Regione Sicilia ha emanato una serie di ordinanze con le quali è stata promulgata e applicata la base di sconto per le prestazioni erogate dalle strutture di laboratorio.

Quindi stiamo parlando dei cosiddetti sconti tariffari.

Ma vediamo da vicino quali sono queste ordinanze e cosa prevedono. Con le ordinanze numero 762, 763, 764 e 765 del 3/5.09.2008 e n. 841/08 del

25.09.2008 con le quali è stata disposta l'applicazione di quanto previsto dall'art. 1 comma 796 lett. o) Legge 27.12.2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007) è stata individuata l'applicazione dello sconto del 20% sulle prestazioni erogate dalle strutture di Laboratorio.

Conseguenzialmente l'Assessorato alla Sanità della Regione Sicilia ha invitato, con la nota n. 6545 del 27.11.2008 (**pubblicata a lato**), le Aziende Sanitarie Locali ad attivare le relative procedure.

Di fronte a questo provvedimento non poteva mancare la mobilitazione della Federlab.

In effetti come sempre al fianco degli operatori dei laboratori di analisi l'ufficio legale di FederLab Italia ha richiesto, prima di tutto, la copia delle ordinanze emesse dal consiglio di giustizia amministrativa per valutare le eventuali azioni da intraprendere, nonché sta valutando l'ipotesi di un intervento presso l'assessorato alla sanità al fine di richiedere, almeno, la sospensione del procedimento di esazione dello sconto, nelle more del prossimo pronunciamento della Corte Costituzionale. Staremo a vedere cosa accadrà in tale senso su questa vicenda.

Repubblica Italiana  
Regione Siciliana Assessorato alla Sanità  
DIPARTIMENTO REGIONALE PER L'ASSISTENZA SANITARIA ED OSPEDALIERA E LA PROGRAMMAZIONE E LA GESTIONE RISORSE CORRENTI DEL FONDO SANITARIO  
\*\*\*\*\*  
Servizio n. 3 - Programmazione risorse finanziarie

Servizio n. 3  
Prot. N. 6545 del 27.11.2008

Oggetto: D.A. n. 1745 del 29.08.2007 "applicazione degli sconti tariffari sulle fatturazioni delle strutture private che erogano assistenza specialistica in regime di preaccreditamento".  
Ordinanze del C.G.A. nn. 762, 763, 764 e 765 del 03.09.2008 e n. 841/08 del 25.09.2008.

Ai Direttori Generali  
delle Aziende U.U.S.S.L.L.  
della Sicilia

Si rende noto che il Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Sicilia con le Ordinanze citate in oggetto, ha accolto l'appello cautelare proposto da questa amministrazione avverso la sospensione del D.A. n. 1745/07.

In particolare il C.G.A. ha ritenuto che non possa disapplicarsi, attraverso la sospensione del Decreto Assessorile n. 1745 del 29.08.2007, una norma dello Stato, nella fattispecie l'art. 1, comma 796 lettera o) della Legge 27.12.2006 n. 296 (Legge Finanziaria 2007) in ragione della pendenza di un giudizio di legittimità costituzionale sulla stessa, e che pertanto nel territorio nella Regione Sicilia si sarebbe potuto ritenere che la norma Nazionale vigeva e trovava comunque applicazione a prescindere dall'emanazione del D.A. n. 1745/07.

Ciò premesso, si rivolge invito alle S.S.L.L. di provvedere, con l'urgenza che il caso richiede, alla quantificazione dovuta dalle strutture private a seguito della mancata applicazione degli sconti tariffari e al conseguente recupero, con particolare attenzione alla situazione di quelle strutture che hanno già comunicato l'esaurimento dei budgets senza contabilizzare l'ulteriore disponibilità scaturente dalla detrazione di detti sconti, per quanto riguarda l'esercizio 2008.

Infine, considerato che l'esercizio 2007 risulta concluso, si invitano le S.S.L.L. a valutare l'effetto del provvedimento nell'ambito dei rispettivi territori provinciali, dandone comunicazione allo Scrivente Assessorato per le determinazioni del caso.

Si resta in attesa di urgente riscontro.

Il Dirigente del Servizio 3  
(Dott.ssa Duilia Martellucci)

testo riprodotto - non originale

Lo stralcio di ordinanza emesso dalla Regione Sicilia e pubblicato da Federlab Italia

## Piano di riorganizzazione dei laboratori: il sì di Federlab

La FederLab Italia, per quanto concerne l'adozione del Piano di riorganizzazione della rete delle strutture di laboratorio proposto dalla Regione Sicilia, ci tiene a precisare la sua posizione associativa. E in tale senso ritiene che il Piano di riorganizzazione della rete proposto dalla Regione Sicilia, redatto dal Dott. Giuseppe Zuccatelli



Analisi al microscopio nei laboratori

esperto del settore, è stato condiviso da FederLab Italia soprattutto nella parte in cui determina nuovi criteri per definire le Capacità Operative Massime delle singole strutture. Tale adempimento è propedeutico alla adozione di nuovi criteri di programmazione della spesa con fissazione di Tetti di spesa per branca specialistica. Una modalità di programmazione, quella dei Tetti di branca, che assicura alle strutture (nei limiti della loro capacità operativa massima) di poter liberamente competere in base alla libera scelta dell'utente. Una nuova modalità di programmazione della spesa che abolisce antichi privilegi ed anacronistici vincoli in capo alle singole strutture. Tanto anche per la semplice evidenza che in Sicilia occorre adeguare e parificare la vigente normativa in materia di requisiti minimi e di qualità che sono

imposti dalle norme per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture. Il Piano di riorganizzazione della rete proposto dalla Regione Sicilia, anche grazie alla collaborazione e documentazione tecnica fornita da FederLab Italia, ha considerevolmente ridotto la soglia minima di efficienza rispetto all'originaria ipotesi

Ministeriale (adottata ed imposta in altre Regioni) che prevede una soglia minima di efficienza da 500 mila ad 1,5 milioni di prestazioni/anno nonché l'automatica trasformazione in Centri Prelievo dei laboratori al di sotto della soglia minima di efficienza prevista dal documento Ministeriale. FederLab Italia in previsione dell'adozione dei Tetti di branca (calcolati sulla base dei volumi di prestazioni erogabili e quindi limitati all'effettivo fabbisogno di prestazioni) ha dimostrato che il contenimento della spesa e gli obiettivi di risparmio non dipendono più dall'offerta di prestazioni delle strutture erogatrici (ovvero dal numero dei laboratori sul territorio) quanto dalla programmazione dei volumi di prestazioni erogabili e dalla correlata spesa. Pertanto, ha proposto una soglia minima pari a 50 mila prestazioni/anno.

## IL CASO PANTELLERIA: Il sindaco Gabriele vuole un laboratorio d'analisi e centri specializzati sull'isola

### Disagi sanitari sull'isola siciliana: il primo cittadino chiede alla Regione celeri interventi per realizzare strutture sanitarie adeguate e polifunzionali

La Regione Sicilia ha deciso di affrontare in tempi brevi i problemi sanitari più rilevanti che riguardano Pantelleria.

L'impegno è scaturito dopo l'incontro con il sindaco dell'isola, **Salvatore Gabriele**, che ha sottolineato alcune criticità nei servizi sanitari, rese più pressanti dai problemi nei collegamenti con la terraferma. In particolare, il sindaco Gabriele ha chiesto un reparto di ostetricia con l'inserimento di un pediatra in pianta organica; un laboratorio di analisi cliniche per esami a tutti i livelli; un efficiente reparto di diagnostica e radiologia da collegare grazie alla telemedicina - con una struttura ospedaliera della terraferma che abbia le maggiori specializzazioni; un reparto di chirurgia di base e pronto soccorso; un reparto di geriatria e di

medicina.

"La mia politica sanitaria è rivolta a tutti i cittadini - ha spiegato l'assessore regionale alla Sanità Russo - e quindi dobbiamo essere in grado di eliminare situazioni di disagio. La situazione di Pantelleria, come quella di tutte le isole minori della Sicilia, è stata già analizzata e già ora posso garantire che saranno trovate rapide soluzioni ai problemi più urgenti".

"Il piano di riordino del sistema sanitario - ricorda Russo - che stiamo portando avanti non può non tenere conto di situazioni territoriali oggettivamente svantaggiate e insieme alla riqualificazione del sistema prevediamo opportuni investimenti che permettano di sanare deficit strutturali ai quali, nel corso degli anni, non si è riusciti a porre rimedio.

## Quando la ricerca scientifica è al passo...

Il centro studi e ricerche KS, denominato SCIENTIFIC FACTORY, sta portando avanti sin dal 2000, anno della sua costituzione, vari progetti di ricerca distinti in due filoni: uno di ricerca clinica ed uno di ricerca sperimentale.

La necessità di un istituto strutturato e dedicato esclusivamente alla ricerca è dettata dalla consapevolezza di una non completa evidenza scientifica nei confronti delle ortesi estero-proprioceptive plantari. Sebbene i plantari ortopedici siano tradizionalmente riconosciuti a volte efficaci ed il plantare sia un mezzo terapeutico comunemente utilizzato, è necessario approfondire la conoscenza sui plantari di nuova generazione che basano la loro azione su una stimolazione sensoriale piuttosto che su una correzione dei parametri biomeccanici.

Dalla letteratura internazionale si evince che la stimolazione della sensibilità plantare ha effetti sulla postura; la postura è responsabile di dolori dell'apparato locomotore; la stimolazione sensitiva plantare potrebbe avere effetti sulla sintomatologia dolorosa delle patologie dell'apparato locomotore.

Nell'ambito della ricerca clinica, il nostro obiettivo è di verificare le patologie più sensibili al trattamento di stimolazione plantare, valutare le risposte cliniche mediante scale di valutazione ufficialmente riconosciute, verificare il miglioramento del ROM articolare della o delle articolazioni in esame, nonché la remissione dei sintomi o la riduzione dell'evoluzione dei disturbi. Scopo dei nostri studi è quello di verificare l'effetto della stimolazione plantare sulla sintomatologia dolorosa dell'apparato locomotore.

**BACKGROUND SCIENTIFICO.** Il primo studio pubblicato sull'attività riflessa del piede è stato condotto da ricercatori francesi e pubblicato su Neuroscienze nel 1988. Questi autori hanno misurato la latenza del riflesso H in pazienti volontari. Hanno dimostrato che i normali tempi di latenza venivano abbattuti se contemporaneamente si sti-

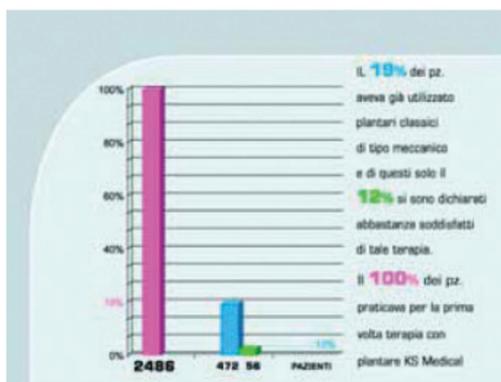
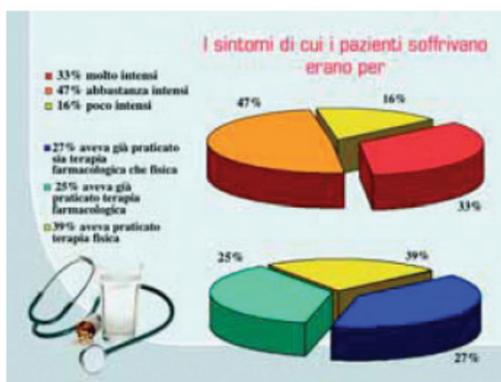
molava tattilmente la superficie plantare. Questo studio metteva in evidenza una relazione tra attività recettoriale cutanea plantare e riflessi H, nella quale l'afferenza tattile podalica ha capacità di sopprimere il riflesso periferico. Sul Journal of Physiology insegnito nel 1994, venne pubblicato uno studio che dimostrava che i recettori cutanei e muscolari interferiscono sui riflessi posturali. Gli AA stimolano la superficie anteriore della superficie plantare con impulso elettrico, registrano la risposta riflessa sul tibiale anteriore con e senza appoggio plantare e stabiliscono che il riflesso è stabilizzato dall'appoggio plantare. Sul Journal of Physiology nel 2001 è stato pubblicato un lavoro che dimostra che la superficie cutanea plantare ed i recettori muscolari cooperano nei meccanismi del passo. Gli autori applicano stimoli vibratori 20-80 Hz, su superficie plantare podalica e su tendini, misurano lo spostamento del centro di gravità, l'angolo della cavaglia, la attività emg di soleo e del tibiale anteriore. Entrambe inducono tilt corporeo. A parità di intensità dello stimolo, la stimolazione cutanea determina effetti maggiori. Su European Journal of Neuroscienze del 2002 veniva pubblicato che il carico non influenza i riflessi fascici degli arti inferiori. I pazienti venivano valutati mentre camminavano con tre differenti pesi; venivano misurati i riflessi tramite emg; la variazione di peso non aveva alcuna influenza sul tempo e sull'ampiezza delle risposte emg. Ancora su Adv Exp Med

Biol del 2002 era pubblicato che i recettori cutanei hanno una differente distribuzione. Gli autori misurano la sensibilità agli impulsi vibratori, della cute plantare podalica di soggetti giovani ed anziani e riferiscono una differente distribuzione a seconda delle regioni anatomiche e dell'età, riconoscendo la pianta dei piedi come la sede della più alta concentrazione di tali recettori, rispetto a tutto il resto del corpo. Inoltre, tra gli autori che hanno fatto della stimolazione plantare parte integrante del loro approccio terapeutico c'è Vojta che descrive i punti grilletto come punti cutanei che se stimolati determinano una reazione clinica di tipo muscolare. Tra i vari

strofinamenti della cute plantare per attivare il tono degli arti inferiori. Un altro autore è Ida Rolf che nel suo libro "Il rolfing" spiega che dei dieci trattamenti da lei ideati in sequenza per fini riabilitativi, il primo deve essere fatto attraverso una stimolazione plantare finalizzata all'attivazione dell'intero tono posturale. Anche Therese Bertherat, allieva di F. Meziere, spiega che attraverso una stimolazione della superficie plantare con una pallina, si riesce ad ottenere una decontratturazione dei muscoli del piede e della gamba. Infine Robert Maigne nel suo libro "Medicina Manuale" riferisce di curare alcuni mal di testa mettendo semplicemente un piccolo spessore nella scarpa del paziente. Dalla letteratura internazionale quindi, e dall'esperienza di noti professionisti si evince che la stimolazione della sensibilità plantare ha effetti sulla postura; la alterata postura è riconosciuta responsabile di dolori dell'apparato locomotore; la stimolazione sensitiva plantare potrebbe avere effetti sulla sintomatologia dolorosa delle patologie dell'apparato locomotore. Lo scopo della nostra ricerca è stata, quindi, quella di valutare, su un considerevole numero di pazienti cronici, se le solette proprioceptive KS, del tipo Ks Medical, hanno un effetto terapeutico sulle patologie dell'apparato locomotore e se sono una terapia gradita dal paziente. Il gradimento del paziente nei confronti della terapia prescritta è un fattore di fondamentale importanza per la scelta, da parte del clinico, di una terapia rispetto ad un'altra. Questo fa certamente aumentare il rapporto di fiducia tra medico e paziente ed aumen-

ta anche la stessa partecipazione del paziente alla prescrizione terapeutica. La soddisfazione del paziente e la percezione che ha della terapia dipendono comunque da molti fattori. E' importante che il paziente percepisca un miglioramento dei sintomi o che almeno mostri ottimismo nei confronti delle possibilità terapeutiche del trattamento. Inoltre il paziente deve essere sufficientemente motivato nei confronti del trattamento terapeutico utilizzato, ed è funzionale in questo senso che il paziente partecipi attivamente alla scelta del trattamento stesso e venga informato delle varie fasi della terapia. E' anche importante, per una buona economia gestionale del paziente, la realizzabilità dellaterapia; quanto più è facile seguire una cura, maggiore sarà il gradimento nei confronti di questa da parte del paziente, (andare tutti i giorni a fare fisioterapia è diverso che prendere due aspirine al giorno). Da non dimenticare poi il costo economico della terapia consigliata. Non è quindi facile la scelta di un trattamento che sia al tempo stesso terapeutico, facilmente realizzabile ed a costi accessibili. Lo scopo della nostra ricerca è stato anche quello di valutare se le solette proprioceptive KS, del tipo Ks Medical, sono una terapia gradita al paziente. Questo studio è stato ritenuto come preliminare ad un progetto di ricerca più ampio ed approfondito. Nel periodo tra febbraio 2003 e maggio 2004, presso il centro studi e ricerche Ks Italia, abbiamo condotto uno studio retrospettivo su 2820 pz. Tutti i pz. soffrivano di patologie croniche dell'apparato locomotore. Tutti i pz. erano in trattamento con stimolazione plantare mediante plantari "Attivo Ks Medical" e seguivano il trattamento da almeno un anno. È stato somministrato un questionario di 58 domande basato sull'autovalutazione del pz. utilizzando scale ufficialmente riconosciute. Sono state valutate le risposte a 2486 questionari, sono stati esclusi i questionari incompleti. - Totale questionari analizzati: 2486

- Pazienti femmine: 1592  
- Età media: 37,7 anni  
- Tempo medio di sofferenza: 6,1 anni  
Tutti i pazienti soffrivano di patologie croniche dell'apparato locomotore: (caviglie, ginocchia, anche, colonna, lombare, dorso cervicale, spalle, braccia, gomito, polsi o mani). Tutti i pazienti reclutati nello studio erano in trattamento mediante stimolazione plantare in monoterapia da almeno un anno. Abbiamo valutato l'outcome della terapia mediante un questionario di autovalutazione composto da 58 domande. Le domande del questionario chiedevano al paziente: da quanto tempo e in che modalità erano esorditi i dolori e quanto erano intensi; se c'era presenza di cefalea, senso di sbandamento, disturbi d'umore, interferenze con l'attività lavorativa e quale era la frequenza e l'intensità di questi sintomi; abbiamo inoltre chiesto ai pazienti se erano stati visitati da altri specialisti e se e quali terapie avevano effettuato precedentemente, incluso la terapia con plantari tradizionali e che effetto avevano avuto queste terapie. Per la valutazione della soddisfazione del paziente e dell'outcome della terapia abbiamo chiesto al paziente se dopo l'utilizzo del plantare KS il paziente si sentiva migliorato ed in che percentuale, se si era rivolto ad altri specialisti e per quale motivo, se aveva avuto benefici rispetto alla sintomatologia algica pregressa. Abbiamo inoltre valutato gli effetti collaterali del plantare Ks mediante indagine sulla insorgenza di nuovi dolori, sulla loro localizzazione e sulla necessità di non utilizzare il plantare per problematiche connesse. Abbiamo infine domandato al paziente il livello di miglioramento attribuibile all'utilizzo del plantare KS espresso in percentuale, e se avrebbe consigliato tale trattamento alle persone di sua conoscenza. Lo scopo della nostra ricerca è stato anche quello di valutare se le solette proprioceptive KS, del tipo Ks Medical, sono una terapia gradita al paziente. Questo studio è stato ritenuto come preliminare ad un progetto di ricerca più ampio ed approfondito.



punti grilletto Vojta ne descrive alcuni sulla pianta del piede che se stimolati determinano una triplice reazione flessoria. Anche Lewit nel suo libro "Terapia manipolativa nella riabilitazione dell'apparato locomotore", parla di "stroking" come terapia fatta di piccoli colpetti e

gradita dal paziente. Il gradimento del paziente nei confronti della terapia prescritta è un fattore di fondamentale importanza per la scelta, da parte del clinico, di una terapia rispetto ad un'altra. Questo fa certamente aumentare il rapporto di fiducia tra medico e paziente ed aumen-

- Pazienti maschi: 894

Tra questi pazienti, 472 soffrivano di CEF ALEE MUSCOLOTENSIVE e - 315 soffrivano di SENSO DI SBANDAMENTO. Tra i primi, il 91% ha dichiarato che le cefalee erano MOLTO diminuite già al primo mese di trattamento. Tra i secondi, il 73% ha dichiarato che gli sbandamenti erano MOLTO diminuiti già al primo mese di trattamento. Alla domanda "ha avvertito nuovi dolori con l'utilizzo dei plantari Ks?": 54% ha dichiarato di aver accusato nuovi dolori solo all'inizio del trattamento; il 28% ha dichiarato di aver accusato nuovi dolori solo qualche volta; l'8% saltuariamente; il 4% spesso ed il 2% sempre. Circa l'intensità dei dolori provocati dal plantare Ks il 52% ha dichiarato che i dolori sono stati poco intensi; il 42% ha detto abbastanza intensi e solo il 5% ha dichiarato che sono stati molto intensi. Infine, il 92% dei pazienti, 2287 persone, ha dichiarato

di essere molto soddisfatto dei risultati terapeutici raggiunti; il 97%, 241 persone, ha dichiarato di consigliare l'uso di questi plantari. Nonostante tutti i bias offerti da uno studio di questa impostazione, il dato più eloquente nella valutazione della compliance del paziente è che il 97% dei pazienti consiglierebbe l'utilizzo del plantare Ks Medical a persone che dovessero lamentare dei sintomi algici all'apparato locomotore. Se teniamo presente che il plantare estero-proprio-cettivo è una terapia al momento non valutata attraverso una metodologia scientifica, non può non colpire il fatto che il gradimento del paziente sia stato così intenso a dispetto dell'ignoranza scientifica che regna su questo approccio terapeutico. Se poi valutiamo il campione analizzato, vediamo che la maggioranza dei pazienti (87%) era già stato sottoposto a terapia

classica ed universalmente prescritta sia di tipo farmacologico che fisica, e la stessa maggioranza dei pazienti aveva riferito di non aver avuto grande compliance nei confronti delle terapie alle quali era stata sottoposta, né aveva tratto grandi giovamenti. Sicuramente lo studio ha dei limiti di diversa natura, innanzitutto trattandosi di autovalutazione ci sono i limiti della mancanza di indagine clinica, questo significa che dobbiamo fare affidamento unicamente sulle risposte del paziente. Un altro dei bias di questo studio è che si è svolto in un contesto priva-

to. Nella maggior parte dei casi i pazienti venivano da fuori città, con grande motivazione ad iniziare e seguire la terapia che avevano scelto. Un paziente motivato è un paziente che ha una implicita tendenza ad una buona compliance. Essendo questa, quindi come detto, una terapia complementare, va inoltre attribuito al paziente un certo grado di fedeltà associato ad una forte motivazione rafforzata ulteriormente l'aspettativa e la compliance del paziente nei confronti del trattamento al quale è stato sottoposto. Un altro dato che favorisce ulteriormente la compliance del

paziente è che la maggior parte dei pazienti seguiti in questo studio veniva da una condizione di patologia cronica con molte terapie alle spalle. La somma di queste componenti emozionali fanno sì che ci siano state le condizioni ideali alla riuscita della terapia. Un altro degli aspetti da valutare è che durante la visita e durante i controlli successivi al paziente viene fatta localizzare l'attenzione sulla postura e sui meccanismi posturali e molti pazienti hanno quindi recepito un messaggio che gli diceva di stare più attenti alla postura, di stare più dritti, di non mantenersi curvi. Valutato che molte delle patologie dell'apparato locomotore sono di tipo posturale, sicuramente la focalizzazione dell'attenzione del paziente alla correzione posturale cercando di assumere posizioni corrette è paragonabile ad un insegnamento parzialmente simile alle scuole americane (back, bone, neck school) che hanno come finalità proprio l'educazione del paziente.

Da questo studio appaiono due dati che sembrano confermare che il plantare estero-proprio-cettivo da noi utilizzato induca delle modificazioni funzionali all'apparato locomotore, il primo è che praticamente tutti i pazienti (80%) riferiscono di avere avvertito nuovi dolori durante l'utilizzo dei plantari che erano da attribuirsi all'utilizzo stesso del plantare, ed un altro dato è che questi nuovi dolori, presentatisi soprattutto all'inizio del trattamento, avevano una localizzazione non solo ai piedi, ma anche alle gambe ed alla colonna e le spalle. Sembra quindi che con l'utilizzo di questa stimolazione plantare ci siano degli adattamenti da parte del sistema neuromuscolare lungo tutto il soma. Dato confermato dalle risposte del paziente che riferiscono di camminare meglio o molto meglio rispetto al periodo precedente l'utilizzo del plantare KS. In fondo la soletta studiata in questo lavoro riproduce, con il passo e con la stazione eretta, un profondo massaggio pressorio perpendicolare in differenti punti della pianta del piede, con un materiale elastico, ed a nostro parere non va considerata una terapia diversa da quello che può essere un massaggio digitopressorio plantare. La vera differenza con ogni altra terapia attualmente in uso, è che con questo metodo il massaggio viene dato al paziente in statica eretta e durante la locomozione. Questo dipende dal fatto che il plantare "lavora" indipendentemente da quello che il paziente fa, anzi svolge la sua azione terapeutica durante l'abituale svolgimento della vita e dell'attività del paziente. Ha un costo relativamente contenuto, non ha bisogno di grandi assistenze e, se bene prescritto, ha una grande efficacia sui sintomi del paziente. Conclusioni Dal nostro studio appare che il paziente in trattamento con soletta di stimolazione plantare abbia una buona compliance nei confronti di questo trattamento ortesico. La compliance può essere attribuita a molteplici fattori tra cui una evidente efficacia della terapia di stimolazione plantare nei confronti dei sintomi del paziente. Sono necessari ulteriori studi per valutare la reale efficacia terapeutica e le implicazioni neurofisiologiche della stimolazione plantare.

Di quanto si sentono migliorati i pz. trattati con stimolazione plantare? Valore percentuale 88,88%

86 pz. del 20%	283 pz. del 70%
95 pz. del 30%	398 pz. del 80%
125 pz. del 40%	456 pz. del 90%
219 pz. del 50%	548 pz. del 100%
276 pz. del 60%	

## Compliance dei pazienti al trattamento con plantari Attivo Ks Medical

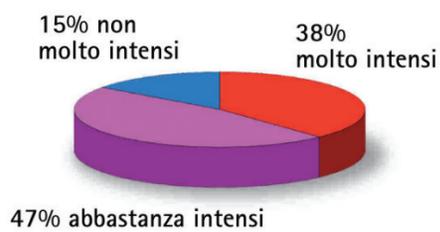
Totale pazienti contattati: 3000

Totale pazienti che hanno risposto al questionario: 2820

Totale questionari con risposte complete: 2486

Totale pazienti Analizzati: 2486

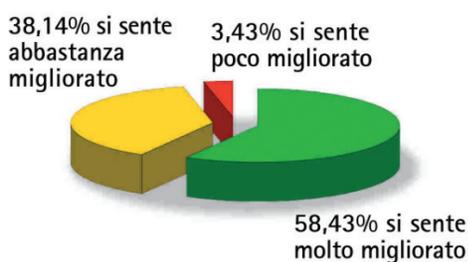
### INTENSITÀ DEI SINTOMI PRIMA DEL TRATTAMENTO CON KS MEDICAL



### TERAPIE PRECEDENTI

100% praticava per la prima volta terapia con Ks Medical di stimolazione neuro-sensoriale, ed era in terapia da 1 anno. 95% aveva praticato precedenti terapie 27% sia fisica che farmacologica 25% solo farmacologica 38% solo fisica 1% chirurgica 19% con plantari ortopedici classici

### SODDISFAZIONE NEI RIGUARDI DELLA TERAPIA KS MEDICAL



**87%** dei pazienti ha dichiarato di non aver praticato altre visite specialistiche né terapie per tutto l'anno di trattamento con plantari Attivo Ks Medical

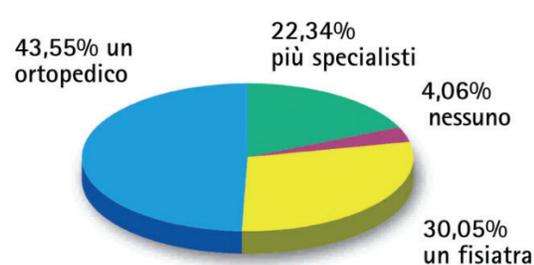


Lavoro scientifico realizzato con il contributo delle risorse FERS-P.O.R. della Regione Campania 2000/2006 Misura 3.17

Tra gennaio e dicembre 2004 è stato condotto uno studio retrospettivo su 3000 pazienti che soffrivano di dolori cronici all'apparato locomotore, mediante la somministrazione di un questionario di 58 domande.

Paz. Maschi: 894  
Paz. Femmine: 1592  
Età media: 37,7 anni  
Tempo medio di sofferenza: 6,1 anni

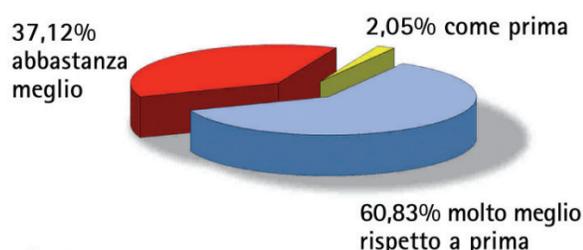
### VISITE SPECIALISTICHE PRATICATE PRIMA DELLA TERAPIA CON PLANTARI KS MEDICAL



### SODDISFAZIONE NEI RIGUARDI DELLE TERAPIE PRECEDENTI



### CAMMINA MEGLIO CON QUESTI PLANTARI?



**97%** ha dichiarato di consigliare l'uso dei plantari Attivo Ks Medical

Il piano presentato nel dettaglio al referente del Governo Gianni Letta

# Ecco la manovra antidisavanzo

*Riduzione delle Asl e dei distretti sanitari, cambia la gestione ospedaliera*

► di Massimiliano Ivo

Vediamo nel dettaglio cosa cambierà in Campania, riguardo all'approvazione del piano di risanamento e di blocco al disavanzo proposto e messo in cantiere dalla giunta regionale per evitare il commissariamento. Il presidente della Regione Campania, Antonio Bassolino, ha firmato, subito dopo l'approvazione del Consiglio Regionale, la legge recante "Misure di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro del disavanzo", e l'allegato Piano di ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera.

Convinto più che mai della sua scelta politica gestionale del comparto sanitario, il Governatore della Campania ha ribadito ai giornalisti: «Forte è il mio apprezzamento per il lavoro intenso portato avanti dal Consiglio in queste settimane per approvare il piano nei termini previsti. Con questo provvedimento segniamo una vera svolta per la riforma del nostro sistema sanitario: portiamo le Asl da 13 a 7, riduciamo il numero dei distretti sanitari, aboliamo i coordinatori tecnici provinciali, tagliamo e riconvertiamo i posti letto in eccesso nelle strutture pubbliche e private, riorganizziamo la rete dell'emergenza e riqualifichiamo le aziende ospedaliere, riconvertiamo e unifichiamo ospedali dove è necessario, rendiamo più efficienti le procedure di accreditamento. Grazie a queste scel-



te è possibile avere meno apparati e più qualità dei servizi».

## Sul fronte del risparmio

«I risparmi derivanti da questa razionalizzazione dei costi e la riduzione della spesa farmaceutica introdotta con le ultime delibere della giunta - ha aggiunto Bassolino - sono essenziali per rispettare il piano di rientro concordato col Governo. S tiamo compiendo un nuovo e importante passo del cammino di risanamento avviato negli anni scorsi, quando il disavanzo ammontava a 8 miliardi di euro».

In effetti Palazzo Santa Lucia ha attivato al riguardo un ponte comunicativo ed informativo con Roma: «Nell'incontro di questi giorni e nei contatti col Governo e con il sottosegretario Gianni Letta - ha infine sottolineato Bassolino - ci si è concentrati esclusivamente sulle misure necessarie a evitare il commissariamento. E' evidente dunque che non si è parlato di alcun nome».

Adesso, la parola passa al Governo che dovrà valutare il provvedimento.

## Il confronto politico sui tagli

«Andare avanti per fare ogni sforzo giusto e necessario e

evitare il commissariamento nell'interesse della Campania e di tutti i cittadini». E' quanto Bassolino ha



rimarcato in Aula, all'indomani dell'approvazione del piano anti disavanzo, illustrato a sua volta all'Assemblea legislativa, come richiesto dall'opposizione e dalla Presidente del Consiglio Sandra Lonardo, i termini delle delibere adottate dalla Giunta in materia farmaceutica, con particolare riferimento ai farmaci inibitori di pompa antiulcera e di controllo del colesterolo e trigliceridi. Per Bassolino quelli definiti in questa direzione sono interventi «che consentono un buon risparmio in rapporto al deficit sanitario 2008». Ci si è soffermati sui provvedimenti strutturali all'esame del Consiglio (riduzione del numero delle Asl, razionalizzazione dei distretti, riorganizzazione delle reti dell'emergenza, riduzione dei posti letto, riqualificazione delle aziende ospedaliere, riorganizzazione della rete ospedaliera in ospedali di primo, secondo, terzo livello) «su cui c'è stato ampio confronto tra Giunta e Consiglio e, in Commissione, tra

maggioranza e opposizione», il presidente ha ricordato l'impegno di questi ultimi anni: «Eravamo ad otto miliardi di euro di disavanzo nel 2000, ci siamo mossi in modo impegnativo malgrado per anni le differenze tra sud e nord, tra le regioni giovani e anziane dell'Italia, hanno pesantemente penalizzato il Mezzogiorno e favorito alcune regioni del nord» ammettendo che malgrado ciò «lo sforzo fatto da Consiglio e Giunta ha portato a una seria riduzione del debito della sanità la cui curva è fortemente discendente dal 2000 ad oggi». «Per proseguire questo percorso, sulla base dell'Accordo tra Regione Campania e Governo, dobbiamo portare avanti misure strutturali e intervenendo sul deficit del 2008 sul quale le stime presuntive del tavolo tecnico di Roma riferiscono di una cifra di 308 milioni di euro, mentre le stime del nostro assessorado indicano un debito inferiore. Entro la fine dell'anno - ha annunciato Bassolino - si riunirà nuovamente a Roma il tavolo tecnico per valutare a che punto è il cammino di risanamento dei conti della sanità

A lato Gianni Letta referente del Governo con il quale Antonio Bassolino sta tentando di promuovere il piano di risanamento e anti disavanzo della Campania

Sotto Angelo Montemarano assessore regionale per il comparto sanitario campano

zogiorno e favorito alcune regioni del nord» ammettendo che malgrado ciò «lo sforzo fatto da Consiglio e Giunta ha portato a una seria riduzione del debito della sanità la cui curva è fortemente discendente dal 2000 ad oggi». «Per proseguire questo percorso, sulla base dell'Accordo tra Regione Campania e Governo, dobbiamo portare avanti misure strutturali e intervenendo sul deficit del 2008 sul quale le stime presuntive del tavolo tecnico di Roma riferiscono di una cifra di 308 milioni di euro, mentre le stime del nostro assessorado indicano un debito inferiore. Entro la fine dell'anno - ha annunciato Bassolino - si riunirà nuovamente a Roma il tavolo tecnico per valutare a che punto è il cammino di risanamento dei conti della sanità

e torneremo in un giusto rapporto istituzionale per verificare se occorre prendere altre decisioni». Una linea d'azione fondamentale, per il governatore, nel «clima giusto tra noi e Roma sulla linea della leale collaborazione e del confronto, la stessa linea sulla quale si muoviamo come regioni meridionali nei confronti del Governo, in modo unitario, sulla problematica dei fondi Fas, che sono determinanti per lo sviluppo delle regioni del Sud affinché non si vada su strade che non siano concordate e non si perda il controllo su determinanti settori di intervento e di sviluppo per le regioni meridionali».

## Nuovo appello ai medici: prescrivere i generici

Accogliendo le indicazioni dell'Agenzia Italiana del farmaco si prevede anche il ricorso ai generici per due classi di medicinali: gli inibitori di pompa (antiulcera) e le statine (controllo di colesterolo e trigliceridi). Per entrambe le classi si dispone l'equiparazione dei prezzi al livello dei farmaci equivalenti non coperti da brevetto. Inoltre, la Regione definisce le linee di indirizzo e le modalità operative da seguire per la prescrizione dei generici per tutte le classi farmacologiche, ogni volta che esista la possibilità (il provvedimento è rivolto ai medici prescrittori e ai direttori generali che predispongono i

prontuari delle Asl).

## La gestione ospedaliera

La riorganizzazione della rete ospedaliera prevede un totale di 20.737 posti letto tra pubblico e privato con una riduzione di 685 unità. Mille posti dei cosiddetti acuti vengono riconvertiti in Residenze per anziani, prevedendo in tale senso un risparmio di 140 milioni di euro; altri 900 vengono riconvertiti in riabilitazione e lungodegenza, prevedendo in tale caso altri 60 milioni di euro risparmiati. Inoltre Escono dalla rete dell'emergenza il Cto e gli Incurabili a Napoli, gli ospedali di San Felice a Cancellate, Rocca di Caspi, Agropoli. Vengono riclassificati da Dea a presidi di primo livello il San Genaro, gli ospedali di Torre del Greco, il quale diviene anche polo specialistico per la gastroenterologia, Vico Equense, Marcianise, Scafati, Cava dei Tirreni, Oliveto Citra. Gli ospedali di Bisaccia, San Bartolomeo in Galdo, Teano, diventano ospedali territoriali.

## Le aziende sanitarie

Per le Asl abbiamo già scritto che passerà da 13 a 7: tre in provincia di Napoli, una ciascuna nelle altre province. Per quanto concerne Salerno, nel testo della giunta si prevede un duopolio, quindi due Asl. E ora? I volumi delle presta-

## TETTI DI SPESA AVVOCATURA REGIONALE CONFERMA LE TESI DI FEDERLAB

**Esauriti i volumi di prestazioni erogabili, le strutture devono fermarsi**

zioni 2008 sono termini e per questo fino alla fine dell'anno analisi, radiografie e visite saranno a pagamento. Di fronte a questa situazione i dottori e i gestori degli studi ambulatoriali, il 24 novembre scorso sono scesi in piazza per manifestare le loro istanze nei confronti della Regione Campania.

Con una vera e propria serrata ed una manifestazione regionale in detta da Federlab, che ha visto la partecipazione di oltre mille persone al Tiberio Palace, la protesta delle strutture ambulatoriali accreditate e i centri di riabilitazione della Campania, sono state portate in piazza le richieste di tale categoria. A guidare il cordone dei manifestanti Vincenzo D'Anna, presidente Federlab (l'associazione di categoria dei laboratori e dei centri ambulatoriali accreditati). A sostegno di tale iniziativa sono scesi in campo anche altre sigle sindacali, quali: Confindustria Sanità, Aiop (Associazione italiana ospedalità privata), Ampric (l'associazione che riunisce i centri di riabilitazione), il Sindacato dei radiologi. Alla manifestazione hanno partecipato, anche rappresentanti politici della Campania, tra cui vanno menzionati: Marcello Tagliatella, Mario Landolfi, i consiglieri regionali Enzo Rivellini (An) e Giuseppe Saggiocco (Fi), Paolo Russo (Fi).

Tutti insieme per chiedere al governo nazionale ed al governo regionale, di far chiarezza sulla grave crisi che investe la sanità privata accreditata. Al parlamentare del Pdl, Marcello Tagliatella, infatti, è stato assegnato il compito di far giungere a Roma l'eco della protesta. "La gestione della sanità pubblica in Campania non sarà facile in futuro - ha detto Tagliatella - Dal 2002 è aumentato il volume per la sanità, ma in Campania il buco è aumentato".



Un'immagine della manifestazione di protesta dei mille referenti dei laboratori ambulatoriali scesi in piazza con Federlab

"Chiederò al dottor

La Regione Campania dovrebbe seguire il modello della Lombardia nell'adeguare i volumi di spesa

Filippo Palumbo, direttore generale della programmazione sanitaria e dei livelli essenziali di assistenza, e al dottor Francesco Massicci, del Ministero dell'Economia, di

non controllare solo i conti della sanità in Campania ma di controllare anche la qualità dei servizi".

"Le strutture ambulatoriali accreditate e i centri di riabilitazione ritengono di aver diritto ad un ulteriore stanziamento di 32milioni di euro - ha ribadito D'Anna -. C'è stato un errato calcolo dei tetti di spesa che abbiamo comunicato agli inizi di agosto all'Assessorato alla Sanità. Abbiamo già dimostrato l'errore - dice -. Ci auguriamo che il governatore voglia intervenire".

"La battaglia della sanità privata accreditata non è quella di arrivare al 31 dicembre 2008 - ha detto D'Anna -. Noi chiediamo di pro-

grammare l'attività e stabilire quante sono le prestazioni da effettuare per garantire i livelli essenziali di assistenza. La questione va affrontata al più presto. Se quest'anno i volumi delle prestazioni si sono esauriti nella seconda metà dell'anno, nel 2009 termineranno tra giugno e luglio, nel 2010 già tra aprile e maggio".

Tutte le sigle sindacali hanno deciso di stabilire un accordo comune, mediante il quale venga concordato un piano per una nuova programmazione sanitaria, in Campania ferma al 2002.

"I nostri associati spiega D'Anna - non incamerano ricette perchè tanto c'è poi chi pagherà.

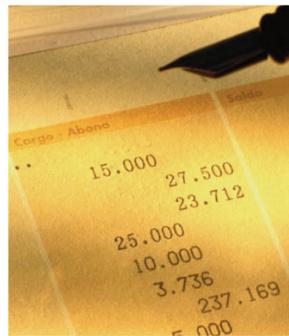
E' l'epoca dei contratti, noi li rispettiamo e chiediamo solo che lo faccia anche il nostro interlocutore.

Se quei 32 milioni di euro non ci sono più perchè sono stati utilizzati altrove, allora la Regione Campania dovrebbe fare come ha fatto la Regione Lombardia, che ha adeguato i volumi di spesa".

Questa rappresenta una delle richieste che i consiglieri regionali di centrodestra hanno poi presentato in Aula.

## FederLab irremovibile sulla verifica dei conti

Di fronte alla decisione della Regione Campania di intervenire con la manovra antidisavanzo la FederLab ha deciso di scendere in campo sollevando immediatamente la



Registro di contabilità

verifica contabile presso l'assessorato alla Sanità, prima della discussione della Finanziaria regionale. In effetti la Federlab Campania dopo l'approvazione in Consiglio regionale, dell'ordine del giorno relativo ai provvedimenti urgenti da adottare per garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche fino alla fine del 2008 ritiene che sia necessario verificare se i conti sono stati fatti sul preventivo consuntivo del 2006 o sul consuntivo del 2007. Per il gruppo sindacale dei laboratori d'analisi è necessario che l'ordine del giorno che sollecita la verifica si trasformi al più presto in ordine di verifica dei conti. E' irremovibile su tale posizione il presidente di FederLab Vincenzo D'Anna. In base ai calcoli di Federlab (l'associazione di categoria dei laboratori e dei centri ambulatoriali privati accreditati) al comparto non sono stati riconosciuti dalla Regione ben 35milioni di euro.

"Abbiamo fatto presen-

te l'errore già ad agosto - continua D'Anna - e la Regione non ha mai contestato la cifra". Vincenzo D'Anna, Bruno Accarino (Sindacato Nazionale Radiologi) e Antonio Salvatore (Aisa

medicina nucleare) hanno evidenziato la circostanza verificatasi presso alcune Aziende sanitarie locali che hanno disposto contratti integrativi per garantire alcune prestazioni salva-vita, segnatamente ai diabetici ed ai malati di cancro con la radioterapia, attingendo da fondi propri dell'azienda.

"Una circostanza evidenziano - che conferma la necessità, evidenziata dalle associazioni di categoria, di dover procedere alla stipula di contratti integrativi per sopperire al maggior e fabbisogno di prestazioni dopo l'esaurimento dei volumi di prestazioni disponibili". A parte l'Asl Avellino 2, per la quale i volumi di prestazioni e per i diabetici sono risultati essere sufficienti per coprire il fabbisogno del 2008, i contratti integrativi sono stati sottoscritti dall'Asl Salerno 1 e dall'Asl Napoli 5. L'Asl Napoli 2, invece, ha dato disposizioni per l'accordo integrativo per le prestazioni ai diabetici, ed ha già sottoscritto quello relativo alla radioterapia.

### In Parlamento

#### E dopo la manifestazione il Pdl interroga il ministero della Sanità

Subito dopo la manifestazione indetta da Federlab i parlamentari del Popolo della Libertà hanno deciso di presentare un'interrogazione al fine di offrire un contributo fattibile e di sostegno politico istituzionale al comparto dei laboratori d'analisi e ambulatoriali.

Undici Senatori della Repubblica referenti circoscrizionali della Regione Campania, infatti hanno presentato una richiesta informativa al Mini-

stro della Sanità, Maurizio Sacconi nella quale è stato chiesto quando segue: quali provvedimenti il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze intendono adottare per verificare i conti della Regione Campania configurati nella manovra per la programmazione economia della spesa sanitaria per le Macroaree della Specialistica Ambulatoriale e dell'ospedalità privata, al fine di accertare il fondo effettivamente da assegnare alla detta Macroarea, in ragio-



Gennaro Coronella e Diana De Feo



Carlo Sarro e Sergio Vetrella

ne anche e soprattutto della verifica dell'effettivo e reale consuntivo dell'anno 2006. I firmatari di questo documento

politico sono stati Sergio Vetrella, Raffaele Calabrò, Carlo Sarro, Pasquale Giuliano, Valerio Carrara, Diana De Feo, Luigi Compagna, Raffaele Lauro, Giuseppe Esposito, Scardino, Gennaro Coronella i quali, nel contempo hanno sottoscritto anche una mozione a risposta scritta indirizzata al Ministro della Salute ed al Ministro dell'Economia e delle Finanze in relazione al blocco delle attività in accreditamento attuato dalle strutture ambulatoriali private accreditate in Regione Campania. In tale frangente il documento sopra menzionato riprende integralmente i contenuti del documento approvato nel corso della Manifestazione di Protesta tenutasi in Napoli il giorno 24.11.2008.

# Da "Intel" giunge la rivoluzione della Health Guide e Internet, come curarsi stando a casa

*Dagli ospedali al ministero della Salute le ultime novità nel comparto sanitari o*

## AMBULATORI E LABORATORI D'ANALISI AL SERVIZIO DELL'UTENZA VIA INTERNET

**MESSINA** - Le liste d'attesa per un esame sono troppo lunghe arriva il progetto della "diagnosi on line". A realizzarlo sarà l'Unità operativa di Reumatologia del Policlinico di Messina, diretta dal professor **Gianfilippo Bagnato**, che ha deciso di presentare l'iniziativa che ha come obiettivo quello di ridurre le liste d'attesa per i pazienti. Tanti, infatti, gli utenti che si recano al Policlinico anche per problematiche di soluzione relativamente semplice, che potrebbero trovare rapidi rimedi se ci fosse una maggiore collaborazione con i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali. L'iniziativa tende anche ad interessare i laboratori



Un laboratorio di analisi in ospedale

d'analisi e specialistici.

"Deve essere rilevato, infatti, - ha spiegato il professor Bagnato - che quotidianamente le attività ambulatoriali sono per la parte impegnate per pazienti che presentano problematiche non di natura reumatologica. Al fine di razionalizzare l'affluenza dei pazienti e, nel contempo, instaurare un rapporto più qualificato tra le strutture del Policlinico e quelle della periferia (medici di medicina generale ed ambulatoriali), si è pensato di trovare una modalità di facile comunicazione con il medico di famiglia, con il paziente e con lo specialista ambulatoriale. Tale modalità di comunicazione, - ha aggiunto il professor Bagnato - orientata alla co-gestione del paziente, si realizzerà via internet attraverso un sito il cui indirizzo è [www.siciliareumatologia.it](http://www.siciliareumatologia.it)". Tale idea ovviamente potrà interessare anche altri settori quali appunto quelle delle analisi di laboratorio, così da snellire l'attività degli stessi. "Nella prima fase, - conclude - il progetto verrà realizzato infatti nell'ambito della Unità Operativa di Reumatologia, con la possibilità, tuttavia, di una estensione in tempi brevi anche ad altri reparti del nosocomio che potranno utilizzare tale metodologia organizzativa".

Quindi dall'esperienza messinese si potrà presto nei vari ospedali italiani usufruire di un servizio stando seduti comodamente sulla poltrona di casa. Ovviamente occorrerà investire nella tecnologia applicata al settore sanitario italiano per mettere in can-

tiere tale iniziativa.

\*\*\* \*\*

## "INTEL" AL SERVIZIO DELLA SANITÀ PROMUOVE IL PROGETTO HEALTH GUIDE

**AREZZO**- In occasione del Forum Risk Management in Sanità, tenutosi ad Arezzo, Intel ha presentato un prototipo dell'Health Guide, uno strumento progettato per garantire una migliore assistenza dei pazienti affetti da patologie croniche da parte degli operatori sanitari. L'Health Guide sancisce l'ingresso di Intel in una nuova categoria di sistemi per la salute di ogni singolo individuo, che vanno oltre i semplici sistemi di monitoraggio remoto del paziente oggi disponibili. L'Intel Health Guide è un sistema completo per la tutela della salute, che combina un dispositivo da tenere nell'abitazione del paziente, l'Intel Health Guide PHS6000, con un'interfaccia online, l'Intel Health Care Management Suite, che consente agli operatori di monitorare i pazienti stessi al loro domicilio e così gestire l'assistenza in remoto. Con l'incremento dell'età media della popolazione europea si stima una crescita esponenziale del numero di persone colpite da malattie croniche: entro il 2051 più del 40% della popolazione avrà un'età superiore ai 65 anni e la percentuale delle persone over 80 anni subirà un aumento considerevole (da 3% di oggi a 10% entro 2051). Questo comporterà un aumento della spesa necessaria alle cure delle persone che soffrono di malattie croniche. L'impatto del-



Dati sulla pressione trasmessi da casa mediante il progetto Intel

l'aumento di tale spesa non influenza solo le strutture sanitarie, ma anche le famiglie dei pazienti e la loro vita sociale.

Per questo la Comunità Europea ha lanciato e-Inclusion Initiative, che in questo contesto attribuisce all'ICT un ruolo fondamentale. European Action Plan Ageing Well in the Information Society è il nuovo programma lanciato dall'Ue per evidenziare come la tecnologia informatica possa garantire non solo una migliore qualità della vita dei pazienti più anziani, ma anche una riduzione dei costi sia per la sanità sia per la società in generale.

In Italia, grazie ai contatti con le regioni e il ministero della Sanità, Intel prevede di introdurre e attivare l'Health Guide nel 2010 in alcune strutture sanitarie. Gli obiettivi sono di valutare in che misura Health Guide si integri con i diversi modelli di gestione dell'assistenza



Ministero della Sanità

sanitaria domestica. Questi primi studi si concentrano sulla possibilità di dimostrare risultati positivi dal punto di vista sanitario per condizioni come infarto, diabete, ipertensione e malattia polmonare ostruttiva cronica.

Intel prevede anche di utilizzare i principali componenti tecnologici della soluzione per creare prodotti destinati a nuove aree, ad esempio l'autonomia e programmi per la gestione della salute e del benessere, oltre a supportare nuovi dispositivi come telefoni cellulari e palmari.

Il sistema Health Guide favorisce un maggiore impegno del paziente e una gestione più efficace dell'assistenza sanitaria consentendo le comunicazioni tra i pazienti e gli operatori e fornendo ai medici l'accesso ai dati più aggiornati e operativi. Questa soluzione offre strumenti interattivi per la gestione personalizzata dell'assistenza e include la raccolta di segni vitali, promemoria per i pazienti, sondaggi, contenuti didattici multimediali e strumenti di feedback e comunicazione, come ad esempio videoconferenza e avvisi. I medici dispongono di accesso continuo ai dati, per cui possono gestire meglio le condizioni di ogni paziente, mentre i pazienti traggono vantaggio da un servizio di assistenza personalizzato nella comodità della loro casa.

\*\*\* \*\*

## SEI GUIDE ON-LINE DEL MINISTERO DELLA SANITÀ PER PREVENIRE I RISCHI PER I PAZIENTI

**ROMA** Sei Guide online per una sanità più sicura, 6 decaloghi utili per prevenire rischi per i pazienti. Sono disponibili da oggi sul sito del ministero della Salute - [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it) - per una sanità più sicura, Guide rivolte a tutti coloro che sono coinvolti, a vari livelli, nella promozione della sicurezza dei pazienti. Scopo delle Guide - sottolinea un comunicato del dicastero - è "fornire, con un linguaggio facilmente comprensibile, indicazioni e consigli provenienti dalla letteratura nazionale ed internazionale a cittadini, pazienti e loro familiari, volontari, operatori ed Aziende sanitarie al fine evitare di incorrere in possibili rischi per i pazienti". Il Ministero si farà carico di assicurare "la massima diffusione" alle Guide e nello stesso tempo invita gli utenti a fare proposte per elaborarne di nuove ed a fornire suggerimenti per migliorare ulteriormente quelle esistenti, inviando una e-mail alla casella di posta elettronica [rischioclinico@sanita.it](mailto:rischioclinico@sanita.it). Quindi un utile ed indispensabile servizio messo in cantiere dal sistema sanitario nazionale volto a promuovere l'informazione tramite internet.



Analizzata da vicino la riforma per i laboratori d'analisi del ministro Bachelot

# Biologia medica, in arrivo la 'rivoluzione francese'

di Corrado Marino

Le direttive de Ministro della sanità francese Roselyne Bachelot (nella foto) al coordinatore del progetto di riforma Michel Ballerai sono state:

«Ognuno deve poter accedere sul nostro territorio ad una biologia medica di qualità controllata e remunerata al suo giusto valore; la qualità dell'offerta deve essere garantita allo stesso modo qualunque sia chi la eserciti, e con regole identiche; i costi devono essere uguali. Occorre studiare le sinergie tra i settori pubblico e privato per evitare doppioni ed entrambi i settori devono contribuire alla continuità assistenziale». L'enunciato sembra, in Italia, qualcosa di già sentito, ma esaminiamo le grandi linee di un progetto ancora in fase di approfondimento per coglierne le eventuali analogie o diversità con la normativa italiana. La "biologia medica", la cui direzione è riservata ai Biologi, medici e farmacisti specialisti, (in Francia non vi è il corso di laurea in Biologia) - è una branca specialistica finalizzata alla diagnosi e cura e come tale ascrivibile all'area sanitaria. La sua riforma si inserisce nella riforma generale della organizzazione e del finanziamento del sistema sanitario in linea, secondo l'estensore della riforma, con il contesto comunitario e lo sviluppo futuro della sanità Europea.

La nuova regolamentazione, ridefinirà il ruolo del biologista e le caratteristiche del laboratorio, visto come una entità territoriale cui è affidato un ruolo indispensabile: assicurare la continuità assistenziale. I nuovi laboratori saranno dei poli di biologia multi-sito, e dovranno obbedire a criteri di elevata qualità basati sul monitoraggio continuo, sulla continuità assistenziale e sulla cooperazione con le altre istituzioni sanitarie del



"territorio sanitario" loro assegnato. Inoltre sarà variata la nomenclatura delle prestazioni.

### IL BIOLOGISTA

La riforma entra nel merito delle prescrizioni e riconosce al biologista il diritto-dovere di collaborazione con il medico prescrittore per migliorare insieme a lui la richiesta e la risposta clinica. Può inoltre correggere le prescrizioni ritenute inadatte, raccomandando altre, prima o dopo la esecuzione degli esami. Ha l'obbligo di commentare i risultati. E per garantire ciò deve assicurare la sua presenza dalla fase del prelievo fino alla consegna dei risultati analitici. La sua figura non è legata ad una struttura in particolare, ma può esercitare nei diversi "siti" del laboratorio multi-sito.

### LA QUALITÀ

La qualità deve essere monitorata e si basa sull'accREDITAMENTO secondo le norme EN 15189. Al momento l'indirizzo è la certificazione di ogni esame e dell'intero processo. Esse non saranno integralmente applicate, ma una commissione mista le varierà opportunamente eliminando da tali norme quanto è specifico per altre tipologie di laboratori (chimici, industriali, ecc.), e ag-

contigui, ed è parte fondamentale della programmazione sanitaria del territorio, da solo o con altri laboratori multisito, se esistenti. Essendo eliminata la autorizzazione alla apertura, la installazione dei laboratori multisito sarà riferita al territorio di salute, alla richiesta fatta alla Agenzia Regionale della Salute e al possesso dell'accREDITAMENTO.

Il Laboratorio dovrà assicurare la continuità assistenziale di biologia medica nella misura in cui essa sarà definita nel territorio di salute.

Il laboratorio di biologia medica di un ospedale dovrà raggruppare tutte le specialità e, come per il laboratorio di cui si servono le cliniche, dovrà essere unico. Potranno esserci tre tipi di aggregazioni atte alla realizzazione del laboratorio multisito: pubblico-pubblico; privato-privato; pubblico-privato, la cui natura giuridica sarà libera purché rispetti le regole della sanità pubblica.

Secondo il coordinatore della riforma, sia per l'entità dei costi di gestione sia per la realizzazione di una seppur minima economia di scala, non riusciranno a continuare ad esercitare la loro attività laboratori che eseguono meno di 200 "dossier" (accettazioni) al giorno, e si calcola che ciò porterà alla scomparsa di 2500 laboratori tradizionali su un totale oggi esistente di 4300.

### IL CAPITALE

Fin'ora limitato a quote di minoranza, la partecipazione del capitale sarà consentita fino alla misura del 100% a tutti gli investitori, siano essi biologi, organizzazioni sanitarie private, o altri.

Gli investitori saranno sottomessi ad una clausola inalienabile, obbligandosi a congelare l'investimento per una durata di 7 anni, e potrà essere imposto che una parte minima dei ricavi sia reinvestita nel laboratorio.

I biologi che esercitano nel laboratorio e che posseggono una partecipazione al capitale sociale saranno maggioritari in diritto di voto al consiglio di amministrazione e nelle istanze deliberanti per tutte le decisioni concernenti il funzionamento e gli investimenti del laboratorio.

Non potranno detenere quote di partecipazione le persone fisiche e giuridiche che esercitano una attività sanitaria che può essere prescrittrice, i fornitori, i distributori o fabbricanti di materiale e reattivi per laboratorio, le assicurazioni, gli enti di previdenza, i fondi pensione e gli enti di protezione sociale, obbligatori o facoltativi. Una clinica potrà investire nel capitale di un laboratorio.

Per garantire l'accesso e la sicurezza della offerta di cure, gli investitori non potranno investire in altri laboratori posti in uno stesso territorio di salute né su territori contigui. Un laboratorio "multisito" non potrà investire in un altro laboratorio multisito per evitare la organizzazione di laboratori a cascata.

### LE PRESTAZIONI

E' prevista una nuova nomenclatura delle prestazioni con l'obiettivo di unificare il costo delle prestazioni erogate nei laboratori privati e negli ospedali. Gli esami a "valore aggiunto" che necessitano di una interpretazione da parte del biologista conserveranno la loro tariffa attuale o saranno valorizzati. Quelli per i quali non è necessaria alcuna interpretazione vedranno diminuita la loro tariffa. Nelle cliniche le tariffe di biologia medica potranno essere integrate nei Gruppi omogenei di ricovero.

## Il Punto...

### Considerazioni sulla riforma

#### IL BIOLOGISTA

E' importante segnalare la valutazione che viene fatta della attività, considerata attività "medicale" indipendentemente dal titolo di studio del biologista. In effetti questo termine non va tradotto in attività "medica" bensì "sanitaria". Il concetto del direttore del laboratorio di analisi visto solo come un validatore di esiti di prestazioni è sorpassato. Occorrerà fare conoscenza con il direttore di laboratorio medico che eserciterà una biologia comportante una responsabilità che va dal prelievo, compresi i campioni trasportati, alla interpretazione dell'esame.

Il biologista, così interpretato, è in perfetta sintonia con le regole di salvaguardia della professione elaborate dall'EC4 (European Communities Confederations of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) e sfocianti nel Registro Europeo, cui dovremmo aderire con entusiasmo.

Esso codifica la professione di laboratorista in tutta Europa e la salvaguarda dalla valutazione meramente tecnica che generalmente le viene assegnata. Si rammenta che la direttiva "servizi" della Commissione Europea ha escluso le prestazioni di laboratorio dalle attività sanitarie, dandole in pasto alla sola logica di impresa.

E' necessario quindi riconsiderare la biologia "médicale" non come una disciplina tecnica, ma come una disciplina sanitaria se desideriamo dare un futuro alla nostra professione. In un ambito di cooperazione con il clinico il biologista acquisisce la possibilità di variare le poste analitiche che non si confanno al quesito diagnostico. Ove ciò fosse in Italia, probabilmente avremmo avuto già l'opposizione della categoria dei colleghi medici che, invece, in Francia, plaudono alla iniziativa. Se per la interpretazione degli esami, per quelli ad elevata evoluzione tecnologica

\*continua a pag. 24



## Prescrizioni analitiche, nuove figure professionali e laboratorio multius o

# La lente di FederLab sulla riforma alla francese

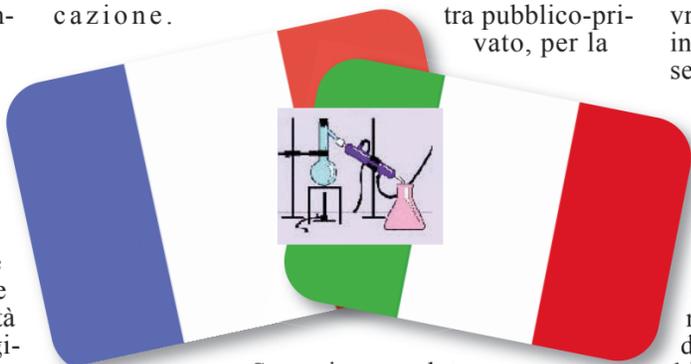
**\*continua da pag 23** sembra corretta questa strada, comunque alcune osservazioni ci sembrano doverose per quanto concerne la prescrizione: è il medico che conosce la storia del paziente, che ne è responsabile e che ne dovrà rispondere legalmente ai fini della diagnosi e cura; come si inserisce in questa responsabilità l'intervento del biologista?

Ci sembra più che logico che il Biologo possa intervenire sulla prescrizione analitica dopo la esecuzione delle analisi così come richieste, non per contraddire la richiesta del medico, ma per abbreviare i tempi di diagnosi, ma quale rischio potrebbero correre il paziente nel modificare la prescrizione prima, magari perché giudicata non rispondente alle esigenze diagnostiche? Come e in base a cosa qualcuno, indipendentemente dal suo ruolo, può giudicare qualcun altro in un argomento da cui dipende la risposta ad un quesito diagnostico?

### LA QUALITÀ

In Italia vige l'autorizzazione, l'accreditamento, la accettazione dei contratti. L'autorizzazione dovrebbe rispondere al diritto di esercizio professionale pur se al di fuori del Servizio Sanitario, e dare quindi immagine di libertà di esercizio. Non è così, invece, poiché comunque essa è legata al riconoscimento della necessità da parte della ASL (Territorio di salute) e/o della Regione. L'Accreditamento esula dalle norme EN, anche se le riprende e le modifica in parte o ne aggiunge altre. Un po' forse come avverrà in Francia, ma attraverso una concertazione tra le parti. E' probabile che comunque vi sarà qualcosa di aggiuntivo poiché la norma cui si fa riferimento certifica ciascuna fase e ciascun esame eseguito. Forse un vantaggio per i

colleghi francesi potrebbe essere la terza società di certificazione.



Se si pensa che, almeno in Campania, si è proposto la delega alle AASSLL per la concessione dell'accreditamento, e non sono certamente "terze" rispetto alle attività territoriali private, si può confrontare la totale equiparazione che invece sembra essere esercitata in Francia.

Di contratti e bizantinismi vari non c'è traccia. Ma non potrebbe esserci, considerato il ruolo pregnante assistenziale

riconosciuto ai laboratori. Né si pone l'eterna differenziazione tra pubblico-privato, per la

completa e reale equiparazione del sistema.

### IL LABORATORIO MULTISITO

Le dolenti note. Tutti comprenderanno come quella della "aggregazione" sia una tendenza europea. La diversità sta in come essa si pone. Non è dato ancora conoscere in Francia gli "ex laboratori" denominati "siti" se assolveranno alla sola funzione del prelievo, della consegna

e della interpretazione del referto (punti prelievo) o se potranno o dovranno eseguire alcune indagini; non si conosce se il "laboratorio multisito" sarà una struttura "ex novo" aperta o chiusa al pubblico.

La proposta di riforma ancora manca di indicazioni al riguardo, e bisogna convenire che quella avanzata da FEDERLAB in ambito nazionale, per rispondere alla riorganizzazione indicata dal Governo, prevede questi specifici elementi.

### CAPITALE

Molto interessanti, invece, gli ambiti di incompatibilità previsti. Opportuno sarebbe assimilare dal progetto francese la incompatibilità di complicità territoriale nella medesima area o in aree contigue, l'incompatibilità tra alcune posizioni fisiche o

giuridiche e la proprietà, così come il divieto di fusione oltre la propria area. Ciò eviterebbe megastrutture a cascata e limiterebbe l'intervento del grosso capitale nella offerta sanitaria.

### LE PRESTAZIONI

Come in Francia, anche in Italia si definirà un nuovo nomenclatore. E' risaputa la struttura tariffaria francese: E' definito un costo di accesso minimo, cioè esiste un costo di accesso al di sotto del quale non si può andare in considerazione dei costi amministrativi. Se ad esempio questo costo è fissato in 5 Euro e l'accesso è un esame a costo inferiore, sarà comunque rimborsato il costo di accesso.

Sono riconosciuti i prelievi domiciliari pagati in proporzione delle distanze. E' riconosciuto l'atto professionale e l'aggiornamento automatico annuale delle tariffe al costo della vita. Cose che, accanto ad una corretta valutazione dei processi analitici ed amministrativi, porta mediamente a tariffe due volte circa

superiori a quelle italiane, rimborsate in tempi brevissimi.

Federlab ha proposto al Governo nuove modalità della costruzione tariffaria, che vanno dalla metodica di accertamento dei costi al riconoscimento del diritto all'utile di impresa. Ciò ha trovato larga adesione in ambito governativo.

### Una nota:

i Colleghi francesi anche attraverso la pubblica opinione, stanno contrastando queste linee di riforma. Grande opposizione all'ingresso maggioritario del capitale, che fin'ora poteva dettare solo quote di minoranza.

Ciò a salvaguardia della attività professionale che a loro giudizio potrebbe scomparire.

Tutto sta nel riuscire a far riconoscere dalla Commissione servizi della UE la nostra attività quale attività "medicale" ed escluderla così dalla logica d'impresa, cosa che la CBE, Confederazione dei Biologi Europei, cui Federlab Italia aderisce, sta tentando di ottenere. Grande perplessità, poi, destano le aggregazioni sul piano economico.

**Le Cantine di Hesperia**

"La felicità, come un vino pregiato, deve essere assaporata sorso a sorso".  
(L. Feuerbach)

Tradizione, competenza e passione. Sono questi gli elementi che contribuiscono a dare carattere e forza ad un progetto che è frutto della continuità e del legame che la famiglia Della Porta ha da sempre con l'arte del vino. Le Cantine di Hesperia nascono nel 2003 e la conduzione a carattere familiare dell'azienda si traduce in un autentico artigianato, caratterizzato da piccole produzioni e da una scelta di procedimenti tradizionali, che sposano pienamente la convinzione che il vino si fa in vigna.

I vigneti situati nella zona collinare di Castel Campagnano, in quelle "Terre del Volturno" che da sempre rappresentano un patrimonio eno-culturale di altissimo valore, sono distribuiti su piccoli fazzoletti di terra ed hanno vita da oltre trent'anni. Nel tempo, grazie ad un sapiente lavoro di ricerca sul campo, sono stati rivalutati due vitigni autoctoni a bacca rossa dalle enormi potenzialità: il Pallagrello e il Casavecchia, da cui sono nati Edonè e Tellus. La varietà a bacca bianca è invece rappresentata da un Pallagrello Bianco e da un Greco, InVolo ed Ebur, vini che hanno ottenuto un riscontro positivo sia dal pubblico degli esperti che dagli estimatori. L'intento de "Le Cantine di Hesperia" è di creare piccoli grandi vini che siano piacevoli al gusto, eleganti e rispettosi dei vitigni locali, coniugando un modello di convivialità e cultura con uno spirito imprenditoriale che guarda continuamente al futuro non dimenticando mai il passato.

Le Cantine di Hesperia di Giuseppe Della Porta, Via Roma, 11 | CASTEL CAMPAGNANO (Ce) 81010 ITALY  
Tel./Fax 0823 863075 - lecantinediesperia@katamail.com

# L'albo garantirebbe la professionalità in ambito Ue dei laboratori chimici Avanti tutta con il Registro europeo per gli specialisti

▶ di **Corrado Marino**

Il settore del laboratorio di analisi, in Europa, oggi è a un bivio: se questa attività è classificata come una prestazione di servizio vi sta solo nel suo aspetto tecnologico, essa rientrerà nella direttiva «servizi» della Commissione Europea, e i biologi non saranno altro che delle pedine al servizio di società di capitale.

Se essa si orienta risolutamente verso una prestazione sanitaria che collega alla fase analitica sia la esecuzione del prelievo, sia l'interpretazione del dato, allora essa farà parte del "SSIG" (servizi sociali e di sanità di interesse generale), e in tutta Europa i biologi resteranno specialisti di alto livello che asseconderanno con le loro competenze i medici prescrittori per aiutarli nella attività di diagnosi e cura. La direttiva "servizi" della Commissione Europea, detta **Bolkestein** ha escluso dalla logica di impresa i servizi sociali e di salute di interesse generale (SSIG) che riguardano servizi di interesse generale



La bandiera simbolo dell'Unione europea

non economici come le attività sanitarie pubbliche e private. E ciò sembra aver fatto classificare la attività svolta dai laboratori quale attività di servizio, soggetta alla regolamentazione di questi. Sembra, infatti, sia stata l'influenza di gruppi finanziari a spingere per questa classificazione, con grave danno al futuro della nostra professione che sarà destinata a scomparire in quanto tale. In Francia l'estensore del progetto di riforma, **Michel Bal-lareau**, ha scritto che non si possono dare risultati se essi non sono interpretati in funzione di elementi clinici perti-

nenti. Sarebbe come consegnare il tracciato di un elettrocardiogramma senza alcuna interpretazione. E ancora opera una sottile differenziazione tra la dizione di "analisi di biologia medica" ed "esame di biologia medica": la prima è una pura espressione tecnologica, il secondo è una espressione professionale che abbraccia l'intero percorso del paziente, dal prelievo alla consegna ed interpretazione del dato analitico. I Paesi in cui opera una biologia di tipo industriale, come la Germania, realizzano nei loro laboratori solo la fase analitica: non si ha contatto col pa-

ziente, i prelievi e l'interpretazione dei risultati sono realizzati generalmente dal medico prescrittore. Questo tipo di organizzazione è pericoloso poiché contribuisce ad ascrivere la attività di laboratorio alla nozione di prestazione di servizi. E in tal caso scomparirebbe la figura professionale del biologista, fagocitata all'interno dei laboratori industriali.

La migliore difesa della nostra professione consiste nel difenderla dalla sua considerazione tecnica. Molti gruppi finanziari lo hanno compreso e operano in senso contrario, definendo il laboratorista produttore di beni di servizio che "offrono dietro remunerazione analisi mediche e pertanto la loro attività si deve esercitare come ogni altra attività di servizio in un mercato interno".

In effetti l'obiettivo dell'investitori è quello di ottenere la assimilazione della biologia medica ad una semplice prestazione di servizi e giungere a trasformare la biologia in una professione deregolamentata né sottomessa ai principi di deontologia di cui è custode

l'ordine professionale. Questa premessa al fine di dare la grande importanza che merita alla istituzione del Registro Europeo per gli Specialisti in Chimica Clinica e Medicina di Laboratorio\*, istituito dalla European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine - EC4.

Il Registro indica degli Standards di competenze professionali necessarie per il reciproco riconoscimento professionale negli Stati membri della Unione, e inquadra in maniera precisa la attività professionale. Una attività che è molto lontana dalla sola esecuzione analitica di esami diagnostici, bensì è intesa come un interscambio professionale con gli specialisti medici e con i medici generalisti al fine della appropriatezza della prescrizione finalizzata al raggiungimento del quesito diagnostico.

Una visione che restituisce alla professione la sua dignità e da ancora speranze professionali a quanti oggi si sono avviati o hanno appena concluso il loro ciclo di studi per esercitare questa professione. Potrebbe sembrare fuori luogo, nella grave crisi che stiamo vivendo, esporre questi problemi. Ma dobbiamo reagire proprio all'obnubilamento delle nostre volontà, che questi problemi apportano e di cui il "capitale" si serve per ridurre

al silenzio, e rimanere vigili sul mondo che scorre intorno a noi.

La iscrizione al Registro Europeo dovrebbe pertanto essere un "atto dovuto" per quanti da anni stanno soffrendo della vaghezza di questa nostra professione, sempre più relegata in ambito tecnico e mercantile, in funzione di un futuro migliore soprattutto per quanti la eserciteranno domani.

La iscrizione è semplice: occorre compilare una scheda rintracciabile nel sito della Federlab Italia e versare 50 euro, valevoli per tre anni, su un c/c in essa riportato, ed inviare quanto sopra all'indirizzo di Federlab Campania, via S. Lucia Napoli - Registro Europeo. Il tutto sarà inviato alla sede dell'EC4 in Belgio.

E' un adempimento da non trascurare e che può aiutare a livello nazionale ed europeo la nostra categoria ad acquistare il ruolo che le appartiene. Per chiarimenti si può consultare il sito [www.ec-4.org](http://www.ec-4.org) dal quale si possono anche scaricare i moduli per la iscrizione.

**\*si intendono tutte le specializzazioni equipollenti. Per i laureati in Medicina, Chimica e Biologia con anno di laurea antecedente al 1990 non è richiesto il conseguimento di diplomi di specializzazione.**

## FEDERLAB ITALIA CORSI E.C.M. Procedure e requisiti per l'accreditamento dei Laboratori di analisi

Il Settore Sanitario rappresenta il nucleo intorno al quale Federlab Servizi si è sviluppata sin dall'anno 2003 perseguendo i principali criteri di eccellenza nell'erogazione della formazione, confermati dall'avvicinarsi alla docenza di alcuni dei più rilevanti specialisti delle tematiche della Biologia, della Chimica e della Medicina come professori universitari, ricercatori, primari ospedalieri e ravvisati esperti nazionali nel proprio settore di appartenenza. Il sistema ECM, prevede l'accreditamento d'attività formative che riguarda l'aggiornamento e la formazione su competenze specifiche rivolte ad uno sviluppo continuo di una "professionalità" raggiunta nell'ambito di percorsi di base accademici: laurea e/o specializzazione, che costituisce ufficialmente il "core curriculum" di una professione, di una disciplina e di un'area professionale.

# FORMIAMO INTODIAMO



Sede:  
**San Benedetto del Tronto (AP)**  
Partecipanti:  
**Medici, Biologi e Chimici**

**Appropriatezza delle prestazioni. Pianificazioni degli obiettivi e delle attività. Formazione del personale.**



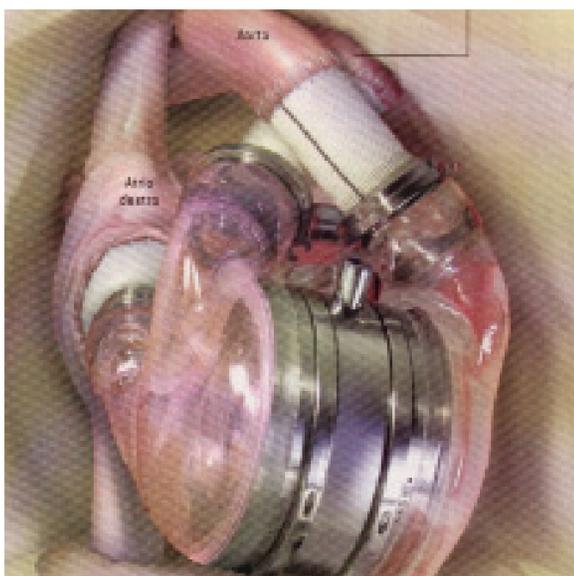
Le prime regioni che hanno dato la loro adesione sono Marche e Lazio. I rappresentanti delle Regioni interessate ai Corsi possono rivolgersi alla dottoressa Claudia Dello Iacovo (responsabile del Corso) oppure alla dottoressa Valeria Grimaldi presso la sede di Federlab Campania telefono 081/19560060 - fax 081/19560545 - [federlabcampania@virgilio.it](mailto:federlabcampania@virgilio.it)

La carenza di fondi rischia di mettere in crisi i settori di studio in campo medico

# Le contraddizioni della ricerca nazionale

Ma dal Veneto arrivano notizie in controtendenza proprio dagli IRCCSS

**RICERCA: NIENTE FONDI, RISCHIA LO STOP "CUORE ARTIFICIALE ITALIANO"**



Un prototipo di cuore artificiale

lizzazione. A lanciare il grido d'allarme i 15 "padri" del dispositivo, tutti ingegneri e fisici ad altissimo livello, che avvertono come la NewCorTec sia sull'orlo del fallimento.

"Il progetto - ha spiegato alla stampa, **Luigi Carotenuto**, responsabile dei servizi informatici della società e portavoce - era nato negli anni ottanta con l'appoggio del Ministero della Sanità. Poi, col tempo, la ricerca era stata finanziata da privati ma oggi, a un passo dal traguardo, forse anche per problemi legati alla crisi economica, anche i privati si sono tirati indietro e i fondi sono quasi esauriti".

Nel mondo sono 100.000 l'anno i malati di cuore con scompensi così gravi da risultare in breve tempo fatali.

A fronte di questa esigenza, solo 3-4.000 i donatori, con una lista d'attesa ben superiore a tale numero.

In questa situazione un dispositivo di assistenza cardiaca resta l'opzione più concreta come "ponte al trapianto".

Il dispositivo italiano contiene elementi innovati - vi tali da farlo apparire adatto non solo come "ponte al trapianto" e "terapia permanente", ma anche come prezioso strumento che consenta di iniziare terapie di recupero della funzionalità cardiaca, laddove le condizioni del paziente lo consentono.

In questo senso può essere considerato anche un "ponte al recupero" del cuore malato.

"Abbiamo già impiantato il dispositivo in 6 pazienti", spiega ancora Carotenuto: il trial di sperimentazione si è svolto in Francia, Germania e Italia.

"Ma per terminare la sperimentazione andrebbe impiantato su altrettanti - prosegue - contavamo di ottenere il marchio CE entro il 2009".

Quindi l'appello lanciato da Luigi Carotenuto, verte sul presupposto che la carenza di fondi e la crisi non possono assolutamente fermare un progetto decennale che addirittura oggi più che mai è ad un passo dall'arrivo.

**VENETO/SANITA': SACCONI E GALAN PROMUOVONO GLI IRCCSS**



Il ministro Maurizio Sacconi

I 2 Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) del Veneto, quello oncologico a Padova (lo IOV) e quello neuro-riabilitativo al San Camillo del Lido di Venezia costituiscono già un punto fermo nel panorama italiano e sono a pieno titolo inseriti nelle reti di eccellenza nazionale in materia di oncologia e neuroriabilitazione. E' questo, in sintesi, l'esito delle "site visit" effettuate dagli esperti del Ministero della Salute presso le due strutture, presentato a Venezia nel corso di un incontro tra il Presidente della Regione del Veneto **Giancarlo Galan** ed il Ministro del Welfare **Maurizio Sacconi**. Erano presenti, tra gli altri, l'Assessore regionale alla Sanità **Sandro Sandri**, il Direttore del Dipartimento Innovazione del Ministero **Giovanni Zotta**, il Commissario straordinario dello IOV di Padova **Piercarlo Muzzio**, il Direttore Generale dell'Irccs San Camillo Padre **Carlo Vanzo** e i Direttori Generali della Ulss e Aziende Ospedaliere interessate.

"Questo - ha tenuto a sottolineare Galan - è il riconoscimento di una lunga battaglia, con momenti anche di forte contrasto con vari Ministri, perchè le caratteristiche multicentriche dell'eccellenza sanitaria veneta ci portavano a ritenere che un Irccs nel Veneto non dovesse nascere secondo il modello nazionale con uno schema centralista, ma costituirsi come una rete. Oggi, con orgoglio, possiamo dire che i nostri due Irccs stanno proprio valorizzando la rete e sono un punto di eccellenza che si difonde sul territorio un po' come un "Campus".

ROMA In pieno clima di crisi economica e di riforma del sistema sanitario nazionale, non depone certo a favore della ricerca italiana la notizia inerente lo stop al cuore artificiale italiano. Stiamo parlando di un progetto portato avanti per venti anni per il quale sono stati spesi oltre dieci milioni di euro, e che oggi rischia di crollare per la cronica carenza di fondi che affligge la ricerca italiana.

E' il cuore artificiale tutto italiano della NewCorTec la cui sperimentazione si sta arenando a un passo dalla meta, dall'ottenimento, cioè, del brevetto CE che ne consentirebbe la commercializzazione.

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

APPASSIONANTE VIAGGIO ALLA SCOPERTA DEI SAPERI E SAVORI

AVELLINO  
Il museo Irpino

BENEVENTO  
Tra storia e leggenda  
Mongeri nel Sannio

CASERTA  
Ciampate del Diavolo  
La più grande piuma al mondo

SALERNO  
Notte di Luce  
Cilento: Sulle orme di Enea

NAPOLI  
Passeggiata tra i vicoli  
dell'antica capitale del Regno

# Thalassemia e cellule staminali, la nuova frontiera della scienza

Come curare e guarire dall'Anemia Mediterranea. L'era del "Desferal" sembra ormai tramontata

di Massimo Spin\*



La Thalassemia major, o morbo di Cooley, è una grave forma di anemia, presente soprattutto nel bacino del Mar Mediterraneo (Italia, Grecia, Turchia, per questo prende anche il nome di Anemia Mediterranea), ed in alcuni Paesi Africani e Asiatici dove un tempo proliferava la Malaria. In Italia è molto diffusa nel delta padano, in Sicilia e in Sardegna. E' una malattia ereditaria del sangue caratterizzata da una scarsa produzione di emoglobina (una proteina contenuta nei globuli rossi che serve a rifornire di ossigeno tutto il nostro organismo). Praticamente il midollo osseo, responsabile della formazione delle cellule del sangue (emopoiesi), produce globuli rossi "difettosi", più piccoli del normale e con una quantità di emoglobina assolutamente insufficiente a svolgere correttamente le proprie funzioni.

In molti casi la milza, non riconoscendo i globuli rossi come "sani", li distrugge aggravando ulteriormente la situazione (ecco perché una buona parte dei talassemici non ha più la milza, tolta con un intervento chirurgico chiamato Splenectomia). un individuo nasce talassemico se eredita dai genitori portatori sani tutte e due le loro mutazioni, una da ciascuno di loro. Ognuno di noi ha due geni responsabili della formazione dell'emoglobina (come ne ha due per ogni carattere somatico, ad es. il colore degli occhi, dei capelli ecc.): uno ereditato dal padre e uno dalla madre.

Un individuo sano ha tutti e due i geni sani, mentre un portatore sano di talassemia ha un gene sano e uno "malato": fra i due è dominante quello sano e quindi un portatore ha una vita normalissima, senza alcun problema di salute. Un portatore sano si dice anche "microcitemico" (da microcitemia, cioè cellule del sangue piccole): praticamente ha i globuli rossi più piccoli del normale. Nei portatori "classici" questo volume ridotto è compensato da un numero maggiore, quindi l'ossigenazione dei tessuti è comunque regolaretiche o come ostileaginarleaginarle. Riguardo alla trasmissione nella prole di due portatori sani si possono verificare le seguenti combinazioni:

A) Figlio sano: eredita da ciascuno dei genitori il loro gene sano. La probabilità che ciò avvenga è del 25%  
 B) Figlio portatore sano: eredita il gene sano da uno dei due genitori e quello malato dall'altro. La probabilità che ciò avvenga è del 50%  
 C) Figlio malato di talassemia: eredita da ciascuno dei genitori il loro gene malato. La probabilità che ciò avvenga è del 25%.

## COME SI CURA?

Fino a 50 anni fa, quando non esisteva ancora una cura, un talassemico moriva in tenera età (6-7 anni), con le ossa del cranio, delle gambe e del bacino deformate dall'iperattività del midollo contenuto in esse che cercava di compensare la forte carenza di emoglobina mettendo in circolo anche i globuli rossi non ancora formati. Con la comparsa delle trasfusioni di sangue si fece un passo avanti per la cura di questa malattia: un talassemico trasfondeva quando cominciava ad avvertire i sintomi della mancanza di emoglobina

(estrema debolezza, tachicardia...), ma era comunque destinato a morire nella prima giovinezza, ucciso dalle severe complicanze dovute alla malattia, che i medici ancora riuscivano a contrastare. La più rilevante di queste è il sovraccarico di ferro. Il regime trasfusionale infatti provoca un accumulo di ferro nel sistema cardiocircolatorio: i globuli rossi trasfusi, una volta terminato il loro ciclo vitale, rilasciano il ferro in essi contenuto. Siccome il nostro organismo non è in grado di eliminare il ferro in eccesso in maniera naturale, avveniva che questo minerale si depositava negli organi vitali del nostro corpo, principalmente nel cuore e nel fegato, fino a provocarne il collasso e quindi la morte. A metà degli anni '70 un farmaco chiamato Desferrioxamina (nome

Ancora oggi la cura della talassemia consiste in ripetute trasfusioni, una ogni 20-25 giorni, ed in una terapia ferrochelante da seguire quotidianamente. Il farmaco di elezione per la chelazione del ferro rimane il Desferal: usato con regolarità, può ridurre sia l'accumulo di ferro nei tessuti, sia le gravi complicanze ad esso asso-

ciate. Il Desferal è solitamente somministrato nel seguente modo: un ago attaccato ad una piccola pompa per infusione funzionante attraverso batterie e infilato sotto la pelle di varie parti del corpo per un periodo di 10-12 ore da cinque a sette volte alla settimana. L'irritazione locale nel punto dell'infusione (solitamente braccia, gambe e addome a rotazione), è un evento comune che rende la somministrazione giornaliera difficile per alcuni soggetti.

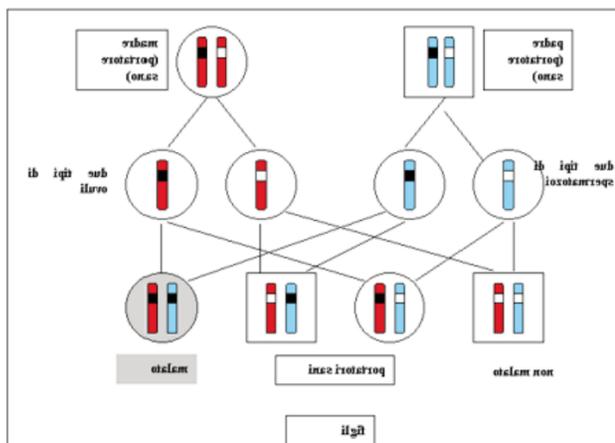
cia chelante non viene correttamente effettuata, ciò comporta un aumento delle possibilità di morte precoce per il paziente talassemico. Al fine di porre rimedio a questo problema, i ricercatori stanno studiando nuovi chelanti il ferro tollerati con più facilità. L'utilizzo di questo farmaco, specie in dosi elevate, può dare adito ad effetti collaterali quali alterazioni a livello oculare, uditivo, arresto del-

gue (altre gravi anemie, alcuni tipi di leucemie ecc.) è rappresentata dal trapianto di midollo osseo. Il primo trapianto fu eseguito a Seattle nel

1980 proprio su un paziente talassemico; da allora sono stati fatti passi da gigante, ed oggi si raggiungono ottime percentuali di guarigione pure senza il ricorso a sempre un intervento delicato. Più che di trapianto di midollo si parla di tra-

Per guarire dalla Thalassemia oggi si palesano due strade: quella del trapianto del midollo osseo o quella derivante dalla terapia genica

Nel 1988 Gluckman scoprì che le cellule staminali erano contenute anche nel cordone ombelicale. Da qui nasce una nuova sperimentazione



Nel riquadro lo schema di trasmissione della patologia tra i genitori portatori sani di talassemia e i figli...

commerciale "Desferal") rappresentò una svolta cruciale per la cura della Talassemia: era infatti un farmaco "ferrochelante", capace cioè di legarsi al ferro in eccesso presente in circolo e a permetterne l'eliminazione principalmente per via urinaria!

Essere in grado di tollerare il Desferal è vitale per la sopravvivenza a lungo termine dei pazienti talassemici. Comunque, per molti di loro questo trattamento terapeutico è così difficile da sopportare che non lo considerano o sovente lo abbandonano. Se la tera-



Nelle foto un prototipo del Dna. Attraverso lo studio della genetica possono essere curate e guarite molte malattie ereditarie

la crescita e problemi ossei. Esiste anche un farmaco ferrochelante orale, chiamato Deferiprone (nome commerciale L1), tuttavia l'uso è permesso solo in caso di seria intolleranza al Desferal o in combinazione con quest'ultimo. Altri farmaci orali sono in fase sperimentale avanzata, (ICL 670, GT56-252 ecc.) la speranza di tutti i pazienti talassemici è che possano al più presto soppiantare il Desferal.

## COME SI GUARISCE?

Al giorno d'oggi l'unica via di guarigione per questa malattia, come per altre malattie del san-

pianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), le quali sono contenute nel midollo osseo e sono le "madri" di tutte le cellule del sangue, quelle da cui hanno origine i globuli bianchi, i globuli rossi e le piastrine. Poco più di quindici anni fa, per la precisione nel 1988 dalla Prof. Eliane Gluckman (nella foto in alto a sinistra) a Parigi, si è scoperto che questo tipo di cellule staminali si trovano anche nel sangue del cordone ombelicale, unica fonte di nutrimento del feto durante la gravidanza. Una futura possibile alternativa al trapianto, grande speranza per tutti i pazienti colpiti da malattie genetiche, è rappresentata dalla terapia genica.

**FederLab attiva i rapporti con l'Oriente**

Un avvenimento davvero importante e del tutto proficuo è stato quello pertinente l'incontro avvenuto tra la delegazione della China Friendship Association di cui FederLab Italia è Socio Fondatore e l'ambasciatore della Repubblica Popolare Cinese in Italia sua eccellenza **Sun Yuxi**. Tra gli scopi dell'incontro l'avvio di un progetto scientifico e commerciale con gli operatori della Repubblica



L'ambasciatore cinese Sun Yuxi

Popolare Cinese finalizzato all'acquisto di attrezzature e supporti biotecnologici ed alla realizzazione di una rete per la manutenzione delle attrezzature medesime anche

mediante corsi di formazione per Tecnici di apparecchiature biomedicali. L'ambasciatore Cinese promuoverà in tale senso un incontro tra FederLab Italia ed i funzionari preposti per le attività scientifiche e commerciali per definire un percorso operativo utile alla concretizzazione del Progetto di Interscambio Scientifico e Commerciale.

**Chiave Unica di accesso ai servizi on-line di FederLab Italia anno 2009.**

A Tutti gli Associati FederLab Italia è stata inviata una lettera mediante la quale il presidente nazionale dell'associazione in questione, **Vincenzo D'Anna** ha allegato un'apposita Card contenente la Chiave Unica di accesso ai servizi on-line che FederLab Italia ha riservato agli iscritti delle Associazioni Regionali che aderiscono al Coordinamento Nazionale dei Laboratori di Analisi. La Chiave Unica, identificativa della struttura associata, consentirà l'accesso ai se-

**Servizi, relazioni con l'estero e agevolazioni per il settore**

guenti servizi on-line:  
- Area riservata del sito web [www.federlabitalia.com](http://www.federlabitalia.com);  
- Server del Progetto "Calcante" - (Trasmissione dei dati contenuti nel file C mensilmente consegnato dalla struttura all'ASL di appartenenza). La Chiave Unica di accesso sarà attiva a partire dal giorno 30.03.2009. Le strutture associate sono invitate ad informare il personale che utilizza i sistemi informatici delle nuove procedure sopra specificate e a non consentire l'utilizzo della chiave di accesso a soggetti diversi dall'intestatario della chiave medesima. Quindi FederLab Italia ha messo a disposizione dei propri utenti un servizio utile al fine di conoscere non solo l'attività dell'associazione, ma anche le ultime novità in materia di medicina di laboratorio.

**Crediti vantati nei confronti della Pubblica Amministrazione. Modalità agevolate di riscossione.**

In questo numero dell'Agenda di FederLab vogliamo porre in evidenza ai lettori lo stralcio della Legge n. 2 del 28 gennaio 2009 pertinente la "conversione in legge, con modificazioni, del Decreto legge 29 novembre 2008 n. 185" recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale". La legge contiene, tra l'altro, misure finalizzate ad agevolare la riscossione dei crediti vantati dai fornitori dei beni e servizi nei confronti delle Amministrazioni Pubbliche sia attraverso la prestazione di garanzie assicurative sia attraverso la certificazione degli stessi al fine di consentire al creditore la cessione pro soluto a favore di banche o intermediari finanziari. FederLab Italia, al riguardo e nel chiaro senso distintivo e di professionalità acquisita in tale settore ha promosso un adeguato intervento per favorire l'inserimento dei crediti vantati nei confronti delle

Aziende Sanitarie Locali tra quelli ricompresi nell'elenco che il Ministero dell'Economia e delle Finanze dovrà emanare per indicare le precise modalità di riscossione agevolata dei crediti medesimi.

**Legge n. 2 del 28 Gennaio 2009**

3. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono stabilite le modalità per favorire l'intervento delle imprese di assicurazione e della SACE s.p.a. nella prestazione di garanzie finalizzate ad agevolare la riscossione dei crediti vantati dai fornitori di beni e servizi nei confronti delle amministrazioni pubbliche, con priorità per le ipotesi nelle quali sia contestualmente offerta una riduzione dell'ammontare del credito...  
3-bis. Per l'anno 2009, su istanza del creditore di somme dovute per somministrazioni, forniture e appalti, le regioni e gli enti locali, nel rispetto dei limiti di cui agli articoli 77-bis e 77-ter del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, possono certificare, entro il termine di venti giorni dalla data di ricezione dell'istanza, se il relativo credito sia certo, liquido...



**ITALIA**  
**IN WEEK END**  
tutta l'Italia  
in un click  
[www.italiainweekend.it](http://www.italiainweekend.it)

