R E G I O N E P U G L I A

Proposta di deliberazione della Giunta Regionale

Settore/Ufficio: **SETTORE PROGRAMMAZIONE E GESTIONE SANITARIA –**

Codice CIFRA: SAN / DEL / 2008 / _____

OGGETTO:	***Legge 23/12/2006, n. 296 (Legge Finanziaria 2007) Art. 1, comma 796, Lett. O.Adempimenti. Progetto propedeutico alla Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio . Principi e linee guida .***

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce:

La Legge n. 296 del 23 Dicembre 2006 (Legge finanziaria 2007) art. 1, comma 796, lettera O , recita " le regioni provvedono , entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione delle rete delle strutture pubbliche e private accreditate , eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate".

Tale intervento normativo si inquadra in una politica di razionalizzazione della spesa sanitaria per quanto riguarda la diagnostica di laboratorio prevedendo tariffe più basse per le analisi di laboratorio automatizzate e promuovendo la razionalizzazione della rete laboratoristica pubblica mediante la diffusione e l'incremento di punti di prelievo e la centralizzazione dei laboratori di analisi con una spinta per una forte automazione ed informatizzazione.

Al fine di definire un piano strategico di riorganizzazione delle prestazioni di analisi e realizzare la rete regionale dei laboratori di analisi pubblici e privati , che ottimizzi l'uso delle risorse e favorisca l'ulteriore qualificazione delle prestazioni di laboratorio mediante processi di automazione ed informatizzazione, la Giunta Regionale ha istituito un Gruppo di Lavoro formato da rappresentanti dell'Assessorato alle Politiche della Salute , dell'Ares e delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia.

A seguito degli incontri che si sono tenuti presso l'Assessorato alle Politiche della Salute da parte del suddetto gruppo di lavoro è stato redatto un primo documento programmatico propedeutico al piano suddetto contenente principi e linee guida che si allega alla presente proposta di deliberazione sub lett.A) per farne parte integrante e sostanziale.

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n.28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.
Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale. IL DIRIGENTE DI SETTORE (Lucia Buonamico) _____

Il presente schema di provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. **d),** della L.R. 4/2/1997, n.7.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

R E G I O N E P U G L I A

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'Istruttore e dal Dirigente del Settore;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata;

- di approvare il progetto propedeutico alla "***Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio . Principi e linee guida"*** allegato al presente provvedimento sub lettera A) per farne parte integrante e sostanziale ***.***

- di rinviare a successivo provvedimento l'approvazione del progetto definitivo .

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA	IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente provvedimento, predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

L' ISTRUTTORE (Ingellis Vincenzo) _____

IL DIRIGENTE DI SETTORE (Lucia Buonamico) _____

L'ASSESSORE PROPONENTE (Dott.Alberto Tedesco) _____

R E G I O N E P U G L I A

Deliberazione della Giunta Regionale

Settore/Ufficio: **SETTORE PROGRAMMAZIONE E GESTIONE SANITARIA –**

Codice CIFRA: SAN / DEL / 2008/ _____

OGGETTO:	***Legge 23/12/2006, n. 296 (Legge Finanziaria 2007) Art. 1, comma 796, Lett. O.Adempimenti. Progetto propedeutico alla Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio . Principi e linee guida.***

R E G I O N E P U G L I A

ALLEGATO A)

Il presente allegato si compone di n. 31 fogli compreso il presente .

IL DIRIGENTE DI SETTORE
(Lucia Buonamico)

PROGETTO PER LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

(ART 1, COMMA 796, LETTERA O, DELLA LEGGE 296/2006)

Progetto per la riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio

(art 1, comma 796, lettera o della legge 296/2006)

Contenuti del Documento programmatico

1-Premessa

2- Scenario Nazionale

3- Scenario Regionale

4- Analisi del contesto e criticità

5- Indirizzi di riorganizzazione

5a- metodologia ed obiettivi

5b- pianificazione e programmazione

1. Premessa

La Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) dispone, all'art. 1, comma 796, lettera o), che la Regione provveda ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standards organizzativi e di personale, coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

Successivamente il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, ha pubblicato un documento concernente linee guida sui contenuti del piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio.

Alla base del presente documento vi è una considerazione primaria: la Medicina di Laboratorio deve essere considerata una variabile organizzativa integrata alle altre aree dei Servizi con un ruolo fondamentale per realizzare un interazione razionale nei processi di prevenzione diagnosi e cura finalizzati alla tutela della Salute del cittadino.

In questo contesto la tumultuosa evoluzione delle tecnologie e dell'Information technology (I.L.) ha portato la Medicina di Laboratorio ad essere al centro di processi di facile razionalizzazione economica ma spesso scevri dall'integrazione di razionalizzazione dei processi induttivi di spesa (appropriatezza).

2- Scenario nazionale

I dati illustrati nelle fig.1-2-3-4 evidenziano una sensibile eterogeneità nella diffusione, numero di prestazioni e tipologia di strutture (pubbliche e private) nelle differenti regioni.

Questo scenario è correlato a diverse variabili:

- evoluzione e radicamento dei SSR in tipologie di approccio culturale ed organizzativo
- sviluppo e caratterizzazione infrastrutturale ed economica
- risorse umane e integrazione socio-sanitaria
- sviluppo dell 'I.T.

3- Scenario regionale

Nella fig. 5 è evidenziata la rete laboratoristica pubblica e privata nelle province ed è evidente la notevole difformità di diffusione tra strutture pubbliche e private nelle e tra le province.

La realtà dei laboratori pubblici ma anche privati della regione Puglia ha delle caratteristiche tali che le differenziano da modelli presenti nelle regioni a più consolidato impatto organizzativo (Toscana, Veneto, Emilia Romagna).

Infatti la tipologia più frequente è la presenza di strutture di piccole dimensioni (300.000-400.000 test/anno) e poche realtà di media dimensione e con unica di media-grande dimensione oltre 3.000.000 prestazioni/anno.(Patologia Clinica 1 –Policlinico-Bari)

Per una dettagliata analisi della situazione è opportuno approfondire separatamente le peculiarità delle strutture laboratoristiche pubbliche e private.

4- Analisi del contesto e Criticità

Laboratori Pubblici

Sono ubicati nelle strutture Ospedaliere e raramente nel territorio e la loro organizzazione e funzionalità è strettamente correlata alla tipologia di Unità Operative di degenza insite nell'Ospedale.

Infatti mentre nelle strutture Aziendali di grosse dimensioni (es.Policlinico) le loro attività sono prevalentemente finalizzate agli interni, negli altri Ospedali (AUSL) la loro attività e suddivisa in circa il 50% verso l'Utenza Esterna con talvolta picchi di anche il 70% .

Questa variabilità è correlata alla sussistenza di scarse operatività di degenza conseguente ai processi di consolidamento ed accorpamento.

Questi modelli organizzativi producono distorsioni in termini di efficienza ed efficacia correlati principalmente a dover assicurare in ogni caso un'assistenza diagnostica continua (h24) con personale tecnico e laureato con continuo ricorso all'istituto della pronta disponibilità.

La carenza di efficacia clinica è correlata all'impossibilità di poter eseguire e refertare gli esami di laboratorio in tempo reale.

In particolare, nella medicina d'urgenza, la disponibilità di informazioni di laboratorio in tempo reale ha modificato l'approccio al paziente e la gestione clinica di numerose condizioni e patologie.

La carenza di efficienza economica è correlata al continuo esborso di risorse economiche per la remunerazione al personale in regime di pronta disponibilità e ciò è documentato dalla fig.6 ove si identificano le U.O. a maggior incidenza economica in regime di pronta disponibilità.

E' da sottolineare,inoltre, che la continua richiesta di indagini laboratoristiche è sicuramente anche correlata ad un impropria richiesta da parte dei prescrittori ospedalieri (inappropriatezza).

Infine è utile anche sottolineare che le attività di Laboratorio sono svolte non solo dalle specifiche Unità Operative di Medicina di Laboratorio, ma anche nelle Unità Operative di Medicina Trasfusionale con talvolta sovrapposizioni ed assenza di integrazione.

Le attività rivolte all'Utenza esterna sono spesso non integrate ad una razionale integrazione nel territorio dove sono presenti numerose e diversificate strutture di assistenza territoriale (tab..1) dove si improvvisano centri prelievi non correlati agli effettivi bisogni assistenziali e con scarse garanzie di metodologie di qualità nella fase preanalitica (procedure standardizzate di prelievo,trasporto) e dove è accertato risiede la maggior parte degli errori di laboratorio (65%).

Inoltre scarsa è la cultura dell'informatizzazione e delle loro possibilità di supporto alla comunicazione dei

dati e come risorsa di "data base" storica nonostante sia presente nella totalità dei laboratori software gestionali (LIS) non sfruttati nelle loro complete potenzialità.

Laboratori Privati accreditati

La numerosità delle strutture diffuse su tutto il territorio non è correlato a razionali criteri di complementarietà ai bisogni assistenziali nell'ambito di una razionale integrazione con le strutture pubbliche.

Infatti appare dispersiva e frammentaria la loro ubicazione nonostante i dati del 2006 (tab.2) evidenzino una remunerazione elevata (anche se attualmente dovrebbe essere inferiore in rapporto allo sconto tariffario del 20%) e con un numero di prestazioni anche superiori a quelle effettuate dalle strutture pubbliche per gli Utenti Esterni.

Inoltre è opportuno per una idonea prospettiva di reale programmazione tenere in considerazione almeno inizialmente il numero di abitanti per provincia e la loro densità.(tab.2)

In base a questi dati sono stati elaborati degli indicatori (tab.3) da cui si evince che le strutture private mediamente esplicano la loro attività con numero di prestazioni a bassissima massa critica in termini di efficienza economica gestionale tranne qualche rara eccezione nelle province di Brindisi, Lecce e Bat dove insistono alcune strutture che hanno un alto bacino d'utenza ed infatti modificano l'indicatore (n.prest/lab/anno) medio elevandolo.

Alla luce di queste evidenze appare chiaro la sofferenza economica a cui soggiacciono la maggior parte dei laboratori.

Dal punto di vista di remunerazione/prestazione nel privato la Regione Puglia rientra nella media nazionale (4.65 euro), mentre la maggiore remunerazione per il Pubblico (5,50) è inferiore alla media nazionale.

La differenza tra privato e pubblico e la media nazionale è in relazione a diverse considerazioni:

- - Il privato incide su circa il 50% della spesa totale (pubblico e privato) e sul numero tests totali (pubblico + privato) in riferimento all'anno 2006;
- il maggior esborso per il privato è concentrato su n. 24 test (>del 60% su un totale di 739 tests del tariffario nazionale);
- le valutazioni di spesa reale senza margine di profitto sostenuta nel settore pubblico rappresentano il 47,02% del totale delle spese sostenute dal pubblico e i tests l'89,7% del totale dei tests.; ne consegue che il resto della spesa sostenuta nel pubblico è rivolta all'11% dei tests che sono nella maggior parte ad alta specializzazione;
- infatti il settore pubblico ha una differenziazione diversa nella ripartizione della spesa e nei tests rispetto al privato (mancanza di parallelismo). Ciò sembra correlato in parte ad una maggiore specializzazione di tests eseguiti solamente dal pubblico ed in parte ad una assenza di economicità per il privato di effettuazione di altri tests;
- la differenza di maggiore esborso, è individuabile in 15 tests (> del 50% su un totale di 739 tests);

- non vi è parallelismo tra numero di tests maggiormente richiesti e relativa spesa;
- La carenza di possibilità di esecuzione di tests altamente specialistici ad alto costo giustifica la remunerazione inferiore alla media Nazionale per le strutture Pubbliche.
- il trend di crescita annuale nel privato dei tests è del 16% e quello della spesa è del 17%.

Infine il numero di prestazioni/abitanti/anno risulta sicuramente inferiore alla media nazionale (14) anche se il dato è difficilmente interpretabile in relazione alla difficoltà interpretativa dei dati nazionali.
In riferimento ad una valutazione dei costi , è possibile fornire una indicazione sull'analisi effettuata nell'Unità Operativa di Patologia Clinica 1 ove il modello medio grande è stato caratterizzato a realizzare un tentativo gestionale di razionalizzazione delle risorse.
La valutazione delle spese sostenute nel settore pubblico nella Medicina di Laboratorio è stata effettuata in relazione ai sottoelencati parametri,

- tipologia di tests effettuati;
- valutazione economica per reagenti
- spesa personale
- spese generali.

E' da specificare che:

- ✓ la tipologia dei tests non contempla la totalità di quelli inseriti nel tariffario ma rappresenta l'87% del totale dei tests effettuati per esterni nella Regione Puglia (anno 2006) ;
- ✓ la valutazione economica per reagenti non si discosta mediamente fra pubblico e privato tenendo in considerazione che la maggior parte delle acquisizioni contemplano l'utilizzo e l'assistenza delle strumentazioni in service;
- ✓ le spese per personale sono correlate ad una struttura medio-grande con funzionalità del servizio 24 ore/24.
- ✓ Ad ogni buon grado si è proceduto ad una valutazione comparata con strutture pubbliche di piccole dimensioni (300.000-400.000 indagini/anno) e i cui dati non discostano significativamente;
- ✓ per spese generali (luce, gas, acqua etc) si è proceduto ad una valutazione media del 10% sul fatturato totale e plasmato per numero di indagini. Tale dato è accettato unanimemente a livello nazionale.

Dalla suddetta metodologia è calcolato un costo medio per prestazione di circa 2,1 euro.

E' opportuno evidenziare che la metodologia applicata è l'unica attualmente che può permettere una semplice evidenziazione dei dati e una standardizzazione comune.

Purtroppo metodologie più complesse nella rilevazione dei carichi di lavoro non hanno dato risultati attendibili in riferimento alla complessità delle variabili presenti (tecnologie, difficoltà di parametrazione tempo per prestazioni etc) .

La realtà dei laboratori pubblici ma anche privati della regione Puglia ha delle caratteristiche tali che le differenziano da modelli presenti nelle regioni a più consolidato impatto organizzativo (Toscana, Veneto, Emilia Romagna).

Infatti la tipologia più frequente è la presenza di strutture di piccole dimensioni (300.000-400.000 test/anno) e poche realtà di media dimensione e nessuna di vera grande dimensione.

5- Indirizzi di riorganizzazione

E' necessario che un razionale approccio ad un piano di riorganizzazione venga realizzato con un percorso graduale con chiari processi di pianificazione e programmazione e che devono essere integrati negli obiettivi generali della programmazione sanitaria regionale.(Piano Regionale della Salute)

In questo contesto bisogna considerare dapprima le priorità di assistenza diagnostica ospedaliera e conseguentemente il fabbisogno territoriale con un integrazione ospedale-territorio che tenga conto delle peculiarità culturali ed ambientali specifiche non solo di ambito regionale ma dettagliatamente di ambito provinciale.

Nello scenario nazionale si sono delineati due approcci di razionalizzazione gestionale:

- riduzione dei costi mediante accorpamento di strutture e collegamento in unica rete organizzativa
- decentralizzazione di una consistente parte di metodiche vicino al letto del paziente o all'ambulatorio.

Tali approcci gestionali hanno portato a modelli organizzativi differenti (Decentralizzazione, Centri di Eccellenza, Consolidamento, Hub & Spoke, POCT) che hanno trovato applicazione pratica in alcune regioni.

In particolare il modello Hub & spoke ha recentemente trovato una sua realizzazione in forma estrema in Emilia-Romagna, dove probabilmente ha trovato un infrastruttura culturale e di organizzazione sanitaria che ha facilitato e permesso di concretizzare un progetto che realisticamente ha insito in sé vantaggi e svantaggi che solo l'esperienza nel tempo potrà concretizzare.

5a- metodologia ed obiettivi

Nella Regione Puglia le specificità strutturali, ambientali e culturali innestate in un progetto di nuova organizzazione sanitaria che privilegia il concetto di tutela della salute con l'obiettivo di forte interazione ed integrazione degli aspetti sociali e sanitari con particolare riferimento al binomio Ospedale-Territorio, impone di indicare un percorso di razionalizzazione ospedaliera e territoriale sinergica e graduale.(fig.7)

5b- pianificazione e programmazione

<u>Strutture Pubbliche</u>

Per quanto attiene alle strutture pubbliche a livello Ospedaliero è opportuno che in ogni ambito provinciale in relazione alle particolarità territoriali (densità di popolazione, accessibilità ed allocazione) vengano ben identificate le attività dei Laboratori ospedalieri correlati alle tipologie degli Ospedali così come identificati nel Piano della Salute al fine di individuare Laboratori specialistici, di base e/o urgenza. Il modello proposto dovrà essere correlato ad un razionale utilizzo del personale laureato e tecnico prevedendo l'utilizzo dello stesso consolidandolo nel laboratorio di riferimento al fine di garantire la continuità del servizio con guardie attive tecniche e personale laureato in pronta disponibilità.

Negli altri Ospedali la continuità e la garanzie delle emergenze potrà essere garantita con il solo personale tecnico in pronta disponibilità. In tal caso la validazione del personale laureato avverrà in via telematica nel laboratorio di riferimento.

Pertanto è necessaria la programmazione di comunicazioni via telematica dei LIS e laddove ciò richieda del tempo ovviare con strumenti comunicazione cartacea a distanza (fax).

Questo modello organizzativo potrà essere consolidato o sostituito a seconda del modello organizzativo ospedaliero con l'implementazione dei Point of Care.

Questo modello gestionale dovrà essere preliminarmente programmato con idonea formazione del personale infermieristico e garantito nella qualità dal personale tecnico e laureato del Laboratorio.

A tal fine è indispensabile al fine di individuare competenze e responsabilità la stesura di idonee procedure scritte e validate dal team interdisciplinare.

A tal riguardo nella Regione Puglia è già attivo un simile modello nel Policlinico di Bari (U.O. di Patologia Clinica 1) che è stato sottoposto all'accreditamento per eccellenza ed è uno degli esempi di interazione clinico-laboratoristica in situazioni di emergenza cardiologica e individuato come modello a livello nazionale ed europeo.

Con simili approcci di riorganizzazioni che prevedono l'interazione tra clinica e laboratorio individuando protocolli concordati di urgenza ed emergenza si potranno realizzare obiettivi di miglioramento dell'efficacia clinica (diminuizione dei tempi di risposta (TAT)) e decrementi dei costi di impiego del personale (pronta disponibilità).

Inoltre un ausilio nella identificazione dei ruoli e competenze laddove sussistono attività di Laboratorio dislocate anche in Unità Operative di Medicina trasfusionale è fornita dal parere del Consiglio Superiore di Sanità(13 dicembre 2007 e13 febbraio 2008)

E' implicito che è fondamentale lo sfruttamento al massimo delle potenzialità dei sistemi gestionali di Laboratorio(LIS) in tal maniera programmando anche la graduale dovuta interconnessione con sistemi informatici regionali nell'ambito dei flussi informativi.

Specifica attenzione deve essere data alle Aziende Ospedaliere-Universitarie e in particolare al Policlinico di Bari.

In questa Azienda sebbene già negli anni passati sia iniziato un processo di accorpamento e razionalizzazione si ritiene opportuno che le linee guida ministeriali siano attentamente valutate con

l'indicazione ad assicurare laddove ne risultino le necessità laboratori "specialistici" con personale della disciplina ed inoltre ad individuare con graduali processi di riorganizzazione dei Laboratori Centralizzati economie di scala sia nelle fasi preanalitiche (centro prelievo unico ed accettazione unica) che nelle fasi analitiche individuando aree omogenee di competenze evitando duplicazioni di attività ed integrando le diverse professionalità nell'ambito della garanzia delle attività di urgenza (vedi linee guida ministeriali).

Parallelamente o in una seconda fase a seconda delle differenti condizioni strutturali ed ambientali sarà opportuno individuare un modello organizzativo per l'assistenza diagnostica in ambito territoriale.

Le necessità dei Cittadini in ambito territoriale risultano differenti in rapporto anche alle a condizioni di vita, all'ambiente, alle fasce di età, alle condizioni di patologie croniche.

Infatti non è superfluo sottolineare che talvolta e sempre più spesso i cittadini abbisognano di basali indagini ematochimiche che rivestono anche carattere di urgenza non per patologie acute ma per correlate terapie (neoplasie, TAO, dialisi,etc.).

Risulta pertanto evidente che l'approccio organizzativo deve individuare oltre che a razionali localizzazioni di idonei centri prelievi nel territorio anche la localizzazione dei Laboratori ove effettuare le indagini ed essere in grado di produrre, laddove necessario, una refertazione rapida e di qualità, non tralasciando la possibilità di individuare e realizzare anche Laboratori Territoriali di base laddove possano essere identificati come punti di raccolta ed analisi intermedia svolgendo anche un ruolo di catalizzatori tra centri prelievi ed ospedali e tra MMG, specialisti e Cittadini.

In quest'ottica gradualmente potrà instaurarsi un integrazione territorio-ospedale con scambio di informazioni utilizzando ed implementando le potenzialità telematiche.

A tal proposito sarà importante il contributo che potrà fornire la rete laboratoristica privata accreditata laddove le risorse pubbliche non siano in grado di soddisfare le necessità territoriali.

In questo tipo di assistenza risulta ancora più fondamentale il requisito dell'identificazione procedurale di tutte le fasi preanalitiche (prelievo, trasporto) con appositi percorsi di rintracciabilità del campioni.

In questa fase fondamentale è il ruolo dell'informatica e di idonee procedure di trasporto dei campioni ed appare opportuno richiamare,al riguardo, il contenuto della circolare ministeriale n.3 dell'8 maggio 2003 che detta indicazioni circa le cautele che devono essere assicurate.

Infine, nell'ambito dei processi di Qualità è opportuno che si adottino per tutti i laboratori pubblici e privati da parte delle Aziende AUSL Provinciali percorsi di certificazione secondo le specifiche attuali norme ISO 15189 o percorsi di accreditamento per eccellenza stante attualmente un unico Laboratorio avente questo requisito (Patologia Clinica 1-Policlinico-Bari).

Inoltre è propedeutico l'organizzazione per realizzare in tutti i laboratori processi analitici di Controlli di Qualità interna ed esterna che si consiglia essere monitorati da esperti individuati al fine di verificare e valutare i miglioramenti delle fasi analitiche.

Strutture Private

La sopra descritta esigenza di riorganizzazione e di razionalizzazione nell'uso delle risorse, supportata anche da forme giuridiche più adeguate a tale finalità, è ora fortemente manifestata anche dalle strutture di laboratorio di analisi private che, nella nostra regione, operano in numero considerevole.

Molte di queste, dotate di autorizzazione *illo tempore* concessa alla persona fisica titolare del laboratorio, versano in sofferenza gestionale.

La "micro" dimensione che, in prevalenza, le caratterizza, dovuta ad una parcellizzazione "storica" (ormai insostenibile) dell'offerta, congiuntamente alla presenza in dette strutture di costi incomprimibili non sostenuti da una adeguata massa critica di prestazioni, sta producendo condizioni che possono dar luogo ad un abbassamento della qualità e dei livelli di servizio sul territorio.

La minor remuneratività delle singole prestazioni, a seguito dei recenti sconti tariffari, e le contenute dimensioni delle strutture rendono, infatti, difficoltoso l'accesso a sistemi e ad apparecchiature di maggior impegno tecnologico o, comunque, non consentono l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse strumentali, con ripercussione anche sui costi di gestione.

Il raggiungimento di un'adeguata massa critica di esami di laboratorio, dunque, è mezzo che consente e garantisce un più adeguato assetto economico della gestione nonché, proprio in ragione del maggior impegno tecnologico e di una più ampia dimensione di scala, il conseguimento di alti livelli qualitativi del dato analitico.

Ciò premesso, processi di ristrutturazione strumentale ed organizzativa possono essere favoriti riconoscendo ai laboratori di analisi cliniche privati, l'accessibilità ad appositi strumenti di razionalizzazione dimensionale, oltre che giuridica, che consentano loro di meglio organizzare, anche sotto l'aspetto dell'autorizzazione e dell'accreditamento all'esercizio, la propria attività.

Rivisitazione dell' Art. 10, comma 1 della L.R. 28-05-2004, n. 8

In merito a quest'ultimo elemento di miglioramento dell'assetto giuridico, e per favorire il processo di adeguamento che il settore richiede, appare opportuno suggerire una rivisitazione del comma 1 della L.R. 28-05-2004, n. 8,

Al fine di facilitare un processo riorganizzativo, rispetto ad un quadro di bisogni e di regole molto diverse riferite a quelle del passato, e , quindi, predisporre una norma finalizzata ad armonizzare anche dal punto di vista giuridico gli assetti strutturali del settore.

Processi operativi e modelli organizzativi

Parallelamente, per l'adeguamento dell'offerta, si tratta di favorire l'adozione di modelli di integrazione/collaborazione idonei a sviluppare il c.d. "valore di rete" e le correlate economie di gestione che possono conseguirsi mediante la centralizzazione, in un'unica entità operativa ("laboratorio service" o CDPA: Centrale dei Processi Analitici), delle risorse umane, tecnologiche e strutturali necessarie allo svolgimento della fase analitica del processo di erogazione della prestazione relativo ad un determinato potenziale di domanda servito da uno specifico insieme di strutture accreditate operanti nell'ambito territoriale di una stessa ASL.

La prestazione di analisi, infatti, ben si presta ad una segmentazione funzionale, articolata in fasi, e più specificatamente:

Fase pre analitica:

a) accoglimento dell'utente, informazione sulle modalità di erogazione della prestazione e sulla gestione dei dati personali e sensibili, accettazione, prelievo ematico/raccolta campione biologico, espletamento pratiche amministrativo-economiche

b) preparazione dei campioni biologici per il trasporto e conferimento al laboratorio service per l'esecuzione delle analisi

Fase analitica

La fase analitica consiste nel:

a) ricevimento dei campioni e loro verifica
b) esecuzione delle analisi e validazione dei risultati

Fase post analitica

Emissione e firma del referto, consegna degli esiti al paziente utente e consulenza specialistica

Tale segmentazione è peraltro in linea con i principi contenuti nei provvedimenti regionali che, nel corso del tempo, per gli aspetti organizzativo-gestionali, hanno disciplinato le strutture di laboratorio.

Terziarizzazione della fase analitica

La centralizzazione presso un laboratorio service dei processi relativi alla fase analitica e la permanenza sul territorio dei punti di pre-processing (fase pre-analitica) e post-processing (fase post-analitica) della prestazione diagnostica, costituisce un approccio complementare, certamente innovativo, rispetto a quello monadico fino ad oggi comunemente adottato.

Laboratorio service

Indipendentemente dalle diverse forme organizzative mediante cui si concretizza, la centralizzazione in un unico "laboratorio service" della fase analitica, comporta una sinergia organizzativa – di rete – tra le singole strutture di laboratorio accreditate, o tra punti di prelievo autorizzati facenti capo ad una stessa struttura accreditata, ed, appunto, la unica sede operativa di analisi.

A detta struttura di service, diretta da un unico responsabile, viene demandato il compito dei trattamenti analitici che confluiscono nella stessa.

Al riguardo, appare opportuno richiamare la Circolare Ministeriale n. 3 dell'8 maggio 2003 "*Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici*", che detta indicazioni circa le cautele che devono essere assicurate nella fase di trasporto dei campioni e reperti biologici, idonee a garantire l'affidabilità dei risultati e la protezione igienica.

Nuovi modelli organizzativi per i laboratori di analisi

Ciò premesso, si ritengono prontamente e parimenti percorribili, anche sotto l'aspetto della compatibilità con i requisiti di autorizzazione ed accreditamento previsti dalla attuale legislazione e regolamentazione regionale, alcune delle soluzioni di seguito riportate.

Tra le stesse, quelle prontamente attuabili in materia di service, hanno come presupposto la pre-esistenza di una autorizzazione all'esercizio di prestazioni di analisi cliniche in capo ad una determinata struttura.

Dette soluzioni hanno lo scopo, nelle more della definizione di una più specifica regolamentazione regionale, di superare una condizione di oggettiva emergenza, quale quella innanzi indicata.

Nel quadro della vigente regolamentazione si tratta, infatti, da una parte, di favorire, nel breve, indifferibili processi di razionalizzazione, dall'altra, in un periodo più ampio, di integrare quanto complessivamente già ben disciplinato, con gli ulteriori elementi ritenuti necessari per:

a) una più specifica regolamentazione dell'istituto del service in cui, ad esempio, meglio definire compiti, ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti in ciascuna delle fasi operative del processo (pre-analitica, analitica, post-analitica);

b) la disciplina dell'apertura e l'esercizio dei punti di prelievo autorizzati per la raccolta di campioni

organici e per la consegna dei referti di analisi.

c) meglio "specializzare" la disciplina autorizzatoria relativa a strutture di analisi, non aperte al pubblico, di esclusivo supporto alle strutture accreditate, presso cui terziarizzare una o più fasi, in uno o più luoghi. del processo complessivo di analisi.

Applicazione dei principi di integrazione, adeguatezza, appropriatezza ed economicità

I modelli organizzativi di cui si tratta, nel quadro dei principi di integrazione, adeguatezza ed appropriatezza allocativa delle risorse e di utilizzo economico delle stesse a cui si ispira la normativa regionale in campo sanitario, possono prevedere il coinvolgimento anche dei laboratori di analisi delle strutture pubbliche, individuabili sia come "laboratori service", sia quali strutture destinatarie di prestazioni analitiche prodotte da altre strutture autorizzate/accreditate.

Modello A): Centralizzazione della funzione di "service" in uno dei laboratori di analisi accreditati

L'applicazione del Modello A) presuppone che un certo numero di laboratori, almeno due, costituiscano una rete di servizio. E' evidente che al crescere della struttura di rete, con una appropriata combinazione dei fattori ed un raggio di azione adeguato, si possono ottenere significative razionalizzazioni di scala.

L'esecuzione della fase analitica viene concentrata presso **uno dei laboratori partecipanti** alla rete (laboratorio di service), il quale potrà eventualmente dislocare gli spazi ad essa dedicati in altra sede distinta. La responsabilità della fase analitica ricade esclusivamente in capo al direttore responsabile del laboratorio che funge da service, cui vengono conferiti i campioni biologici raccolti dai singoli laboratori della rete.

Il laboratorio di service alla rete, dovendo essere dotato di spazi, strumentazione e personale adeguati al carico di lavoro da svolgere, provvederà ad aggiornare, qualora necessario, la propria autorizzazione all'esercizio, conformemente alla disciplina definita dalla L.R. 28-05-2004, n. 8 e s.m.i.

Questo modello organizzativo è prontamente applicabile con riferimento alla vigente normativa.

Modello B): Centralizzazione della funzione di "service" in un laboratorio di analisi appositamente autorizzato per tale finalità.

L'esecuzione della fase analitica viene concentrata presso una struttura dedicata (laboratorio di service), dotata, a differenza del precedente modello, di personalità giuridica distinta da quella ciascun laboratorio servito..

Tale struttura, non aperta al pubblico, con propria direzione responsabile dei trattamenti alla stessa demandati, si configura quale soggetto avente individualità giuridico - amministrativa propria e, come tale, ove già non disponga della necessaria autorizzazione, previa verifica della sussistenza dei requisiti, deve esserne munita prima dell'esercizio delle attività.

Tale tipologia di struttura “Multiservice” (Modello B), non aperta al pubblico, non essendo attualmente specificamente prevista dalla regolamentazione regionale, per essere attivata richiede prioritariamente che ne venga definita la relativa disciplina. Nell’ambito di detta disciplina è opportuno prevedere che le strutture accreditate che fungono già da laboratorio di service nel Modello A) che intendano optare per tale nuova tipologia possono comunicare alle Istituzioni interessate la loro trasformazione in laboratori “Multiservice”, con conseguente perdita del potere soggettivo di sottoscrivere accordi contrattuali per prestazioni da erogarsi verso i singoli assistiti del Servizio Sanitario.

I laboratori di analisi interni alle strutture dell’ospedalità privata istituzionalmente accreditate, in quanto compresi nel regime di autorizzazione ed accreditamento possono, da subito. operare in service, a supporto di laboratori di analisi accreditati, ma non direttamente a favore di singoli assistiti, salvo che tale possibilità di prestazione diretta, con oneri a carico del SSR, non sia specificamente previsto negli accordi contrattuali con l’ASL competente per territorio, che ne disciplinano,conseguentemente, volume, tipologia e tetto di remunerazione. Ove dette unità operative interne alle case di cura accreditate intendano dislocare in tutto o in parte gli attuali spazi ad esse dedicate in altra sede distinta, che dovrà essere caratterizzata dal possesso di tutti i requisiti minimi previsti dalla vigente normativa, dovranno darne comunicazione al Comune ove detti spazi sono allocati, alla ASL competente ed alla Regione.

Caratteristiche dei Modelli Organizzativi A) e B)

Entrambi i modelli organizzativi (Tipologie A e B) prevedono, pertanto, che ciascuna struttura accreditata, partecipi alla rete mantenendo la propria connotazione di laboratorio privato di analisi cliniche, come tale soggetto ad accreditamento, ovvero limitatamente al Modello B) che il laboratorio service costituisca articolazione di unità operativa già presente nell’ambito di struttura dell’ospedalità privata istituzionalmente accreditata. In sede di successiva regolamentazione potranno essere determinate le modalità di scissione, ovvero di conferimento quale autonomo ramo di attività, a diversa persona giuridica, delle unità di laboratorio interne alle case di cura accreditate, conformemente ai principi di esclusione dalle prestazioni erogate dalle strutture di tipo B) direttamente a favore di singoli assistiti dal SSR.

I fondamentali dei modelli innovativi in materia di laboratori di analisi

L’innovazione, in sostanza, consiste nel fatto che nell’ambito della propria autonomia organizzativa e gestionale, ciascuna struttura accreditata per fornire prestazioni di analisi direttamente agli assistiti del SSR, può optare di svolgere le suddette tre fasi del processo diagnostico tutte al proprio interno, ovvero conservando quella di testa e di coda nel proprio interno e delegando all’esterno quella intermedia di natura analitica,

Rispetto a detta nuova condizione, ciascuna struttura della rete conserva, quindi, la propria individualità

giuridico - amministrativa e la responsabilità delle fasi preanalitica e post analitica , attribuendo, in outsourcing, .la fase analitica ad una CDPA autorizzata, costituita a da un laboratorio pre-esistente (Tipologia A) che funge da "laboratorio service" per se e per altre strutture accreditate o ad un laboratorio autorizzato a cui è demandata esclusivamente (Tipologia B) la funzione di service per la fase analitica, a favore di strutture accreditate ad erogare, in regime di assistenza diretta tale tipologia di prestazioni a favore degli assistiti.

Tale assetto, oltre alla realizzazione di economie di scala e all'ottimizzazione dell'uso della risorse, nonché dei livelli di servizio, favorisce la maggiore efficienza delle diverse strutture accreditate, rendendole in grado, tra l'altro:

- di ridurre i tempi di risposta e quindi di consegna del referto
- di organizzare, sotto l'aspetto informatico e informativo, un sistema in grado di garantire la trasmissione delle informazioni in tempo reale, eventualmente con diretta relazione con il prescrittore e con la stessa ASL di riferimento ai fini del monitoraggio delle prestazioni erogate.
- di meglio standardizzare ed armonizzare le modalità di refertazione nell'ambito della buona pratica di laboratorio.

Modello C) ***Cluster***

Alla stessa filosofia di razionalizzazione è ispirato il modello Cluster. Tale modello prevede che una struttura privata accreditata, possa trattare in un proprio laboratorio, ovvero in un laboratorio service, elementi da analizzare provenienti dai punti di prelievo facenti capo esclusivamente alla medesima struttura, autorizzati per la raccolta di campioni organici. Tale modalità, per essere attivata, richiede prioritariamente che ne venga definita la relativa disciplina a livello regionale.

Riepilogando:

nel ***Modello "Rete"*** **(Tipologia A**), *l'esecuzione della fase analitica viene concentrata presso uno dei laboratori partecipanti alla rete che, conseguentemente opera come laboratorio di service di quella rete,*

nel ***Modello "Multiservice"*** **(Tipologia B)** sono "clienti" esclusivi della CDPA le strutture accreditate, pubbliche e private del SSR. Il "laboratorio service" è, infatti, non aperto al pubblico e, quindi, senza possibilità di accesso diretto da parte degli iscritti nell'anagrafe del Servizio Sanitario.

nel **Modello C)** ***Cluster*** **(Tipologia C)** applicabile sia ai singoli laboratori di analisi che alle loro reti è previsto che una struttura privata accreditata, possa trattare in un proprio laboratorio, ovvero in un laboratorio service, elementi da analizzare provenienti dai punti di prelievo, autorizzati per la raccolta di campioni organici, facenti capo esclusivamente alla medesima struttura.

Adempimenti connessi all'attivazione di modalità di outsourcing

I laboratori che si organizzano in rete devono congiuntamente comunicare l'avvenuta costituzione della rete e il tipo di modello organizzativo che è stato adottato (al momento è possibile la sola Tipologia A) nonché comunicare, con anticipo di almeno 30 giorni, la data di avvio dell'attività. Le case di cura istituzionalmente accreditate, dotate di laboratorio interno, per loro parte, ove intendano dar corso a procedure di service rientranti nella Tipologia B) sono chiamate a provvedere agli adempimenti innanzi indicati.

La comunicazione deve essere effettuata nei confronti della Regione Puglia, dei Comuni e delle Aziende Sanitarie Locali, di ubicazione territoriale di ciascun laboratorio di analisi, per gli eventuali adempimenti di competenza. Ogni variazione della composizione o dell'assetto della rete deve essere parimenti comunicata.

Ciascun laboratorio della rete deve richiedere l'aggiornamento, qualora necessario, della propria autorizzazione all'esercizio. Al riguardo si precisa che le fasi preanalitica e post analitica identificano l'unità funzionale laboratorio e quindi anche il Comune e l'ASL di ubicazione territoriale dello stesso.

In particolare i laboratori che intendono optare per l'outsourcing della fase analitica, dovranno comunicare al Comune, alla ASL territorialmente competente ed alla Regione:

a) che intendono avvalersi della facoltà di esternalizzare la fase di trattamento analitico ad un outsourcer (laboratorio service);

b) la denominazione, la sede, la P.IVA, gli estremi dell'atto di autorizzazione/accreditamento del laboratorio service, ovvero della struttura dell'ospedalità privata istituzionalmente accreditata la cui unità operativa di analisi svolge la funzione di laboratoro service, e del direttore responsabile dello stesso;

c) la tipologia di esami da conferirsi al laboratorio service che tratterà la totalità dei campioni da analizzare;

d) la tipologia degli esami che, per loro connotazione, devono essere eseguiti in sede di prelievo, ovvero non compresi nella lista di service;

e) la dichiarazione che tale decisione e operatività rimane in capo al direttore responsabile del singolo laboratorio accreditato che accede al service, direttore che rimane l'esclusivo responsabile dei rapporti con l'assistito.

f) la dichiarazione di permanenza in capo alla struttura accreditata, con riferimento alla sede autorizzata in cui opera, delle attività relative alla fase pre-analitica e post-analitica delle prestazioni diagnostiche di cui è stata terziarizzata la fase analitica.;

g) ai fini della permanenza dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi, la dichiarazione che i requisiti che devono essere posseduti della struttura accreditata, ove ridottisi per effetto della scelta

verso forme di terziarizzazione delle attività, si intendono confermati nella loro sussistenza in quanto integralmente posseduti dalla struttura (laboratorio service) a cui è stata demandata l'esecuzione della fase analitica della prestazione.

Conclusioni

La sopra descritta impostazione organizzativa, sia per la Tipologia A) che per la Tipologia B), risulta compatibile con i requisiti minimi, generali e specifici, di autorizzazione all'esercizio approvati dalla Giunta e risulta altresì in linea con i principi contenuti nei provvedimenti regionali ad oggi vigenti che, nel corso degli anni, hanno disciplinato, per l'aspetto organizzativo/gestionale, le strutture di laboratorio.

Essi sono basati sull'articolazione del processo di esecuzione della prestazione nelle fasi preanalitica, analitica e post analitica e sul fatto che le attuali tecniche e metodiche di conservazione e trasporto dei campioni da analizzare, se correttamente attuate, consentono ai campioni di non subire alcune alterazione.

In conclusione, i modelli organizzativi sopra delineati, vengono a costituire strumenti a disposizione dei laboratori privati di analisi cliniche per razionalizzare l'utilizzo delle risorse, nonché delle altre strutture operanti nel quadro del SSR, realizzando economie di scala e conseguentemente contenimento dei costi di produzione, a tutto vantaggio dell'equilibrio economico dei diversi soggetti interessati e del Servizio Sanitario nel suo complesso.

Infine nell'ambito dei processi di qualità è opportuno che si adottino per tutti laboratori pubblici e privati le da parte delle Aziende AUSL Provinciali percorsi di certificazioni secondo le specifiche attuali norme ISO 15189 o percorsi di Accreditamento per eccellenza stante attualmente l'unica struttura laboratoristica avente quest'ultimo requisito (Patologia Clinica 1- Policlinico-Bari).
Inoltre è propedeutico l'organizzazione di realizzazione in tutte le strutture dei processi analitici di Controlli di Qualità interna ed esterna che si consiglia essere monitorati da esperti individuati al fine verificare e valutare il monitoraggio delle attività con il fine di conseguire miglioramenti delle fasi analitiche.

Aziende Sanitarie Puglia	Popolazione	Densità Popolazione	Prestazioni		Remunerazione	
			Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
ASL BA + POLICLINICO	1.221.000	319	6.056.228	4.145.516	36.132.055	20.160.582
ASL BAT	384.000	250	876.798	1.883.861	4.681.491	8.954.802
ASL BR	401.000	218	1.600.198	2.006.251	7.798.524	9.451.280
ASL FG	647.000	93	1.587.585	1.057.858	9.160.219	4.417.820
ASL LE	791.000	287	2.094.939	4.171.683	11.651.515	20.173.725
ASL TA	579.000	238	1.770.740	2.629.726	10.300.436	12.841.861
REGIONE PUGLIA	***4.023.000***	***234,17***	***13.986.488***	***15.894.895***	***€ 79.724.240***	***€ 76.000.070***

Tabella 1- anno 2006 -Utenza Esterna

Tabella 2 -anno 2006- Utenza esterna-Indicatori

Aziende Sanitarie Puglia	NumeroPrestazioni /abitati/anno	N. prestazioni/laboratoro/anno		Remunerazione/prestazione	
		Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
ASL BA + POLICLINICO	8,3	288.391	64.773	5,9	4,8
ASL BAT	7,1	146.133	104.658	5,3	4,7
ASL BR	8,9	200.024	71.651	4,8	4,7
ASL FG	4	122.121	28.590	5,7	4,1
ASL LE	7,9	149.638	74.494	5,5	4,8
ASL TA	7,6	221.342	58.438	5,8	4,8
REGIONE PUGLIA	***7,3***	***187.942***	***67.101***	***€ 5,50***	***€ 4,65***

Fig.1

Tabella 5c - Numero strutture, variazioni percentuali 2004-2005

Regioni	Totale	Clinica	Diagnostica	Labotatorio
ITALIA	-0,03	1,02	0,03	0,83
Piemonte	15,01	12,44	7,65	25,29
Valle D'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00
Lombardia	-2,51	-1,07	-2,42	-1,63
Pr. Aut. Bolzano	0,54	1,23	3,03	-5,00
Pr. Aut. Trento	-20,00	-16,22	-10,00	0,00
Trentino A.A.	-3,48	-2,01	0,00	-2,78
Veneto	1,91	2,07	1,92	0,00
F.V. Giulia	-4,73	-5,26	-8,82	-6,25
Liguria	-11,36	-9,92	-18,83	-8,26
E. Romagna	1,11	2,87	5,98	20,66
Toscana	8,40	8,05	8,20	3,64
Umbria	1,02	1,28	0,00	0,00
Marche	-3,95	1,19	-2,74	-1,79
Lazio	2,37	-0,57	-4,75	-4,38
Abruzzo	3,47	9,35	14,29	7,84
Molise	5,26	12,82	4,55	7,41
Campania	-1,25	1,12	-2,10	-0,96
Puglia	2,16	7,44	9,29	3,68
Basilicata	4,85	5,88	0,00	15,91
Calabria	0,00	0,37	0,83	-0,96
Sicilia	-5,20	-4,81	0,00	-2,07
Sardegna	-1,78	-1,39	3,33	2,17

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Tabella 3 - Incremento percentuale (2004-2005) delle prestazioni di specialistica per branca

Regioni	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche	Medicina fisica e riabilitativa
ITALIA	0,75	0,42	0,13
Piemonte	-4,54	0,12	3,78
Valle D'Aosta	10,37	1,08	2,36
Lombardia	-0,70	2,49	9,27
Pr. Aut. Bolzano	-10,63	-11,83	-36,03
Pr. Aut. Trento	13,97	6,00	11,66
Veneto	4,27	6,23	4,73
F.V. Giulia	7,04	2,38	-6,99
Liguria	27,84	25,65	91,27
E. Romagna	-8,90	-37,44	-19,11
Toscana	19,07	19,77	1,55
Umbria	5,17	-3,74	-40,04
Marche	10,17	16,97	3,40
Lazio	-29,48	-29,00	-18,94
Abruzzo	15,42	-15,71	-1,15
Molise	4,23	7,17	-24,53
Campania	-2,21	17,35	-3,03
Puglia	29,46	23,91	6,77
Basilicata	18,98	13,31	9,73
Calabria	3,35	21,75	12,67
Sicilia	-5,38	1,80	-0,98
Sardegna	11,35	-1,01	12,40

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Fig.2

Fig.3

CEIS - Sanità 2007

Tabella 6b - Suddivisione delle strutture pubbliche e private accreditate per branca (valori percentuali), anno 2005

Regioni	Totale pubbl.	Totale private	Clinica pubbl.	Clinica private	Diagn.ca pubbl.	Diagn.ca private	Laborat. pubbl.	Laborat. private
ITALIA	43,37	56,63	58,99	41,01	51,00	49,00	32,41	67,59
Piemonte	82,90	17,10	84,16	15,84	70,56	29,44	78,40	21,60
Valle D'Aosta	75,00	25,00	71,43	28,57	75,00	25,00	100,00	0,00
Lombardia	39,53	60,47	48,53	51,47	43,81	56,19	41,71	58,29
Pr. Aut. Bolzano	82,80	17,20	82,93	17,07	89,71	10,29	73,68	26,32
Pr. Aut. Trento	69,44	30,56	77,42	22,58	77,78	22,22	68,75	31,25
Veneto	44,07	55,93	49,62	50,38	54,09	45,91	55,06	44,94
F.V. Giulia	70,92	29,08	76,19	23,81	70,97	29,03	60,00	40,00
Liguria	70,16	29,84	81,45	18,55	58,40	41,60	49,55	50,45
E. Romagna	59,96	40,04	63,96	36,04	52,31	47,69	63,01	36,99
Toscana	63,54	36,46	68,94	31,06	52,53	47,47	49,71	50,29
Umbria	77,78	22,22	93,67	6,33	81,08	18,92	59,38	40,63
Marche	62,55	37,45	76,47	23,53	78,87	21,13	54,55	45,45
Lazio	35,86	64,14	57,12	42,88	42,52	57,48	23,58	76,42
Abruzzo	45,93	54,07	58,12	41,88	67,19	32,81	40,00	60,00
Molise	40,00	60,00	52,27	47,73	52,17	47,83	37,93	62,07
Campania	21,20	78,80	45,41	54,59	27,08	72,92	11,73	88,27
Puglia	44,11	55,89	67,44	32,56	60,13	39,87	29,35	70,65
Basilicata	55,56	44,44	76,39	23,61	71,43	28,57	45,10	54,90
Calabria	44,86	55,14	64,23	35,77	55,74	44,26	31,88	68,12
Sicilia	17,62	82,38	30,75	69,25	47,35	52,65	16,81	83,19
Sardegna	49,74	50,26	62,90	37,10	48,39	51,61	47,87	52,13

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Fig.4

Tabella 7b - Prestazioni medie per struttura e per branca, anno 2005

Regioni	Cliniche	Analisi chim., clin., microbiol., etc.	Diagnostiche
ITALIA	21.554,15	201.582,25	18.250,34
Piemonte	23.253,69	304.278,74	20.791,26
Valle D'Aosta	58.161,14	2.091.481,00	33.114,50
Lombardia	42.667,88	457.892,52	24.672,07
Pr. Aut. Bolzano	9.846,68	225.475,05	4.282,26
Pr. Aut. Trento	45.635,23	571.954,69	26.348,22
Trentino A.A.	15.536,14	383.865,74	8.900,72
Veneto	37.080,43	516.976,63	33.395,70
F.V. Giulia	21.941,76	579.002,10	26.324,39
Liguria	16.990,03	228.986,05	15.298,38
E. Romagna	31.299,50	400.561,79	19.102,53
Toscana	15.066,49	334.692,91	17.122,19
Umbria	26.854,65	304.194,09	18.053,59
Marche	21.213,71	197.849,55	20.311,15
Lazio	13.561,87	104.691,79	9.213,63
Abruzzo	21.735,78	146.566,98	15.204,25
Molise	18.760,36	216.082,45	26.111,09
Campania	16.682,02	103.816,69	18.595,74
Puglia	23.998,86	180.919,50	25.087,77
Basilicata	13.028,88	160.043,35	22.076,24
Calabria	16.774,29	126.362,15	14.089,37
Sicilia	12.065,78	86.934,39	13.081,20
Sardegna	17.693,52	256.951,71	12.489,92

Fonte: elaborazioni CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Fig. 5

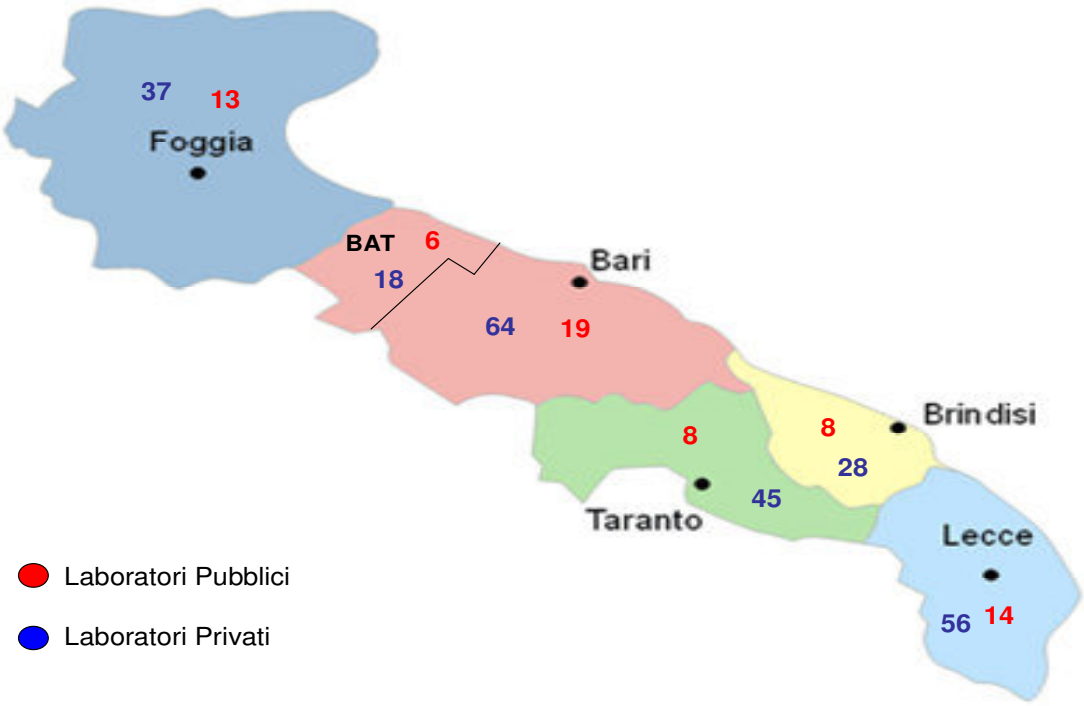
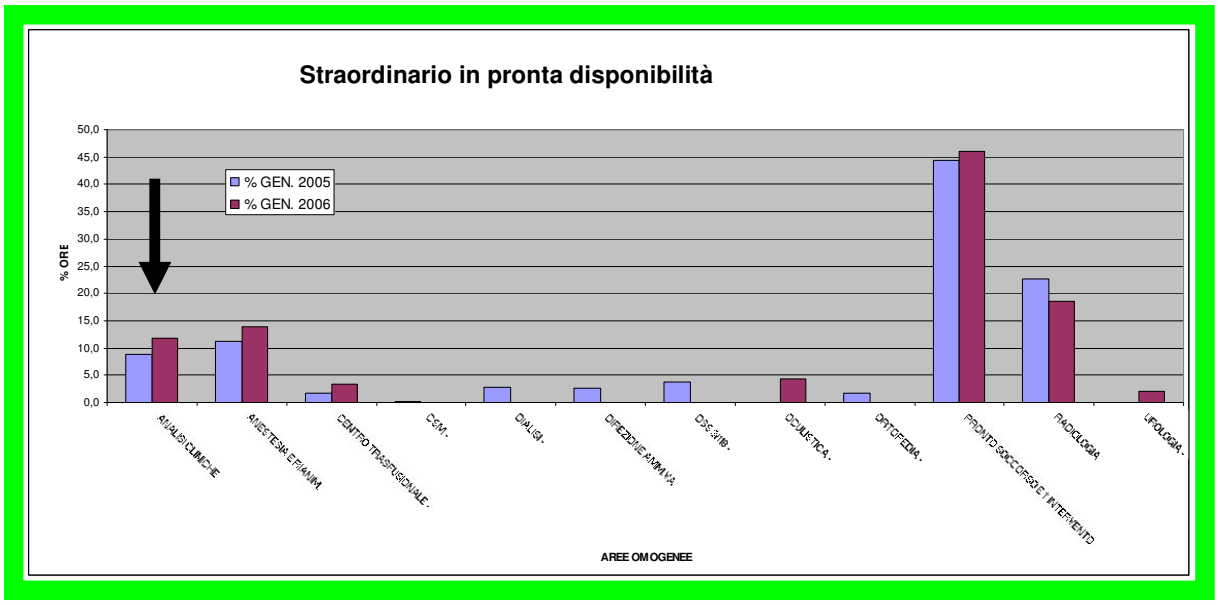

37
13
Foggia
BAT
6
18
Bari
64
19
8
8
28
Brindisi
45
Taranto
Lecce
56
14
Laboratori Pubblici
Laboratori Privati

Fig.6



Straordinario in pronta disponibilità
% GEN. 2005
% GEN. 2006
% ORE
50,0
45,0
40,0
35,0
30,0
25,0
20,0
15,0
10,0
5,0
0,0
ANALISI CLINICHE
ANESTESIA E RIANIM.
CENTRO TRASFUSIONALE -
CSM -
DIALISI -
DIREZIONE AMMIVA
DSS 3/18 -
OCULISTICA -
ORTOPEDIA -
PRONTO SOCCORSO E 1 INTERVENTO
RADIOLOGIA
UROLOGIA -
AREE OMOGENEE

Categoria	Erogatore	Azienda Sanitaria Erogate	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Importo Lordo Prestazioni
Territoriale	AUSL BA		Consultorio Via Asti, 5 (969113)	1	
			Poliambulatorio Giovinazzo (4012)	2	8,99
			Poliambulatorio Molfetta (4011)	3.968	19.293,33
			Poliambulatorio Palo Del Colle (969120)	1	3,25
			Presidio Di Riabilitazione (969103)	2	5,48
			Presidio Poliambulatorio Ex-In (4001)	11	64,58
			Presidio Riabil.- Corso Piave (969107)	18	120,92
			Presidio Riabil. Via Cadorna (969110)	15	89,85
			Sert - C.So Piave, 84 (969106)	6.499	27.484,76
			Poliambulatorio Gravina (4014)	2	67,56
			Amb. C/O C.T.O.-Bari- (4156)	695	5.710,04
			Consult.Carbonara-Ceglie-Loset (3023)	1.225	10.076,68
			Consult.Picone Poggiofranco-Ba (3018)	173	1.871, 96
			Consultorio Fam. Rutigliano (3034)	267	2.263,52
			Consultorio Fam. Borgo Antico- (3021)	156	1.308,96
			Consultorio Fam. Carrassi-Bari (3024)	863	7.189,13
			Consultorio Fam. Liberta'-Bari (3020)	1.219	10.093,56
			Consultorio Fam. Palese(Ba) (3019)	779	6.365,64
			Consultorio Fam.- San Paolo - (3017)	665	7.408,84
			Consultorio Fam.Japigia-Torre (3022)	153	1.692,60
			Consultorio Familiare Mola (3033)	47	519,56
			Consultorio Familiare Noicatta (3029)	334	2.722,86
			Consultorio Triggiano (3028)	190.991	856.053,08
			Mola Di Bari - Corso Italia, 2 (1025)	5	13,79
			Poliambulat. S.Nicola-Bari (4027)		

Categoria Erogatore	Azienda Sanitaria	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Importo Lordo Prestazioni Erogate
		Poliambulatorio Adelfia (4043)	13.179	78.113,78
		Poliambulatorio Japigia - Bari (4316)	57	266,06
		Poliambulatorio Liberta'-Bari. (4155)	23.226	98.450,68
		Poliambulatorio Madonnella-Bar (4026)	529	5.761,72
		Poliambulatorio Modugno (4307)	2.702	13.642,50
		Poliambulatorio Murat Bari (4025)	249.191	1.051.257,70
		Poliambulatorio Palese (Ba) (4300)	12.805	68.147,11
		Poliambulatorio Rutigliano (4046)	1.972	5.126,88
		Presidio Sanitario 1 Bari (4016)	43.190	189.684,76
		Presidio Sanitario 3 C/O Osp. (4018)	1	9,35
		Amb.Riabil. Gioia Del Colle (963983)	10	211,7
		Poliambulatorio Alberobello (4259)	34	102,29
		Poliambulatorio Casamassima (4042)	4.812	20.850,44
		Poliambulatorio Di Sammichele (4045)	98.626	401.719,20
		Poliambulatorio Gioia Del Coll (4052)	30	130,45
		Poliambulatorio Locorotondo (4257)	1.353	6.464,04
		Poliambulatorio Monopoli (4049)	23	319,15
		Poliambulatorio Putignano (4054)	49	251,14
		Poliambulatorio Turi (4255)	33.125	143.934,43
	USL BAT	Poliambualtorio-Via Cappuccini (969087)	9	24,66
		Poliambul. C.So Vitt. Emanuele (969085)	78	636,48
		Poliambulatorio Margherita Di (969128)	17.033	84.803,87
		Poliambulatorio San Ferdinando (969130)	12.691	54.022,76
		Poliambulatorio Trinitapoli (969129)	27.547	126.471,77
		Poliambulatorio Via Bovio, 83 (969090)	30	82,2

Categoria Erogatore	Azienda Sanitaria	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Importo Lordo Prestazioni Erogate
	Poliambulatorio-Gall.Boccaccio (969073)	330	2.087,45	
	AUSL BR	Presidio Poliambulatorio Ex-In (969114)	48	247,18
		Laboratorio Analisi Brindisi (968919)	195.718	990.977,44
		Medicina Del Lavoro Brindisi (968920)	38	136,18
		Poliambul. Francavilla Fontana (64005)	34	162,03
		Poliambulatorio Brindisi Centr (64010)	12.008	34.751,29
		Poliambulatorio Erchie (64012)	1	14,1
		Poliambulatorio Latiano (64064)	438	2.318,38
		Poliambulatorio Mesagne (64011)	213	2.597,26
		Poliambulatorio Ostuni (64002)	4	13,84
		Poliambulatorio San Michele Sa (64008)	1.595	3.811,19
		Poliambulatorio San Pancrazio (64074)	5	33,51
		Poliambulatorio Sandonaci (64076)	193	839,26
		Poliambulatorio Santa Susanna (969286)	1.972	9.700,35
		Poliambulatorio Villa Castelli (64009)	316	642,58
	AUSL FG	Consultorio Ischitella (73013)	1.016	3.734,08
		Poliambulatorio Apricena (74004)	8	33,91
		Poliambulatorio Cagnano Varano (74071)	881	3.588,11
		Poliambulatorio Carpino (74216)	1.345	4.275,82
		Poliambulatorio Lesina (74006)	291	1.495,77
		Poliambulatorio Peschici (74204)	77	621,72
		Poliambulatorio Poggio Imperia (74051)	1.240	4.241,39
		Poliambulatorio Rignano Gargan (74009)	255	799,27
		Poliambulatorio San Giovanni R (74008)	1.306	4.518,16
		Poliambulatorio San Marco In L (74007)	1	6,2

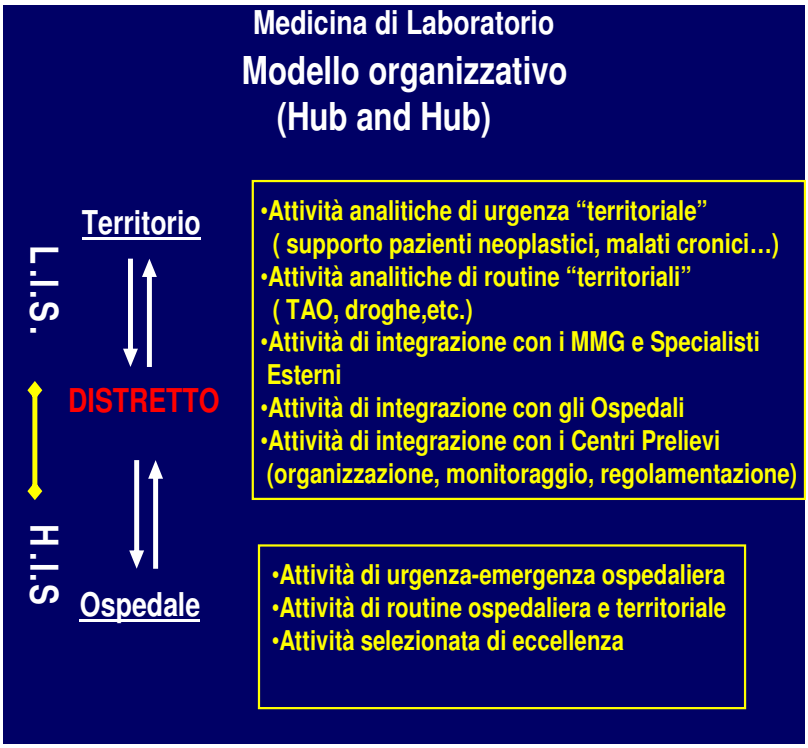
Categoria Erogatore	Azienda Sanitaria	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Importo Lordo Prestazioni Erogate
		Poliambulatorio San Paolo Civi (74201)	2.573	10.854,71
		Poliambulatorio San Severo (74001)	3.671	18.693,10
		Poliambulatorio Sannicandro Ga (74003)	2.302	7.991,96
		Poliambulatorio Serracapriola (74041)	2.271	7.329,96
		Poliambulatorio Torremaggiore (74206)	2	16,32
		Poliambulatorio Vico Del Garga (74072)	66.203	279.528,71
		Poliambulatorio Vieste (74012)	55.815	230.091,49
		Rodi Garganico - Poliambulator (74010)	438	3.598,08
		Consultorio Manfredonia (73014)	234	2.628,69
		Consultorio Mattinata.....(73015)	13	145,08
		Consultorio Monte S.Angelo (73016)	529	2.847,60
		Consultorio Orta Nova (73034)	277	2.941,29
		Consultorio Stornarella (73035)	10	111,6
		Poliambulatorio Manfredonia (74014)	1	12,91
		Poliambulatorio Monte S.Angelo (74017)	1	8,31
		Poliambulatorio Zapponeta (74040)	23	244,68
		Consultorio Accadia (73029)	4	20,45
		Consultorio Bovino (73031)	116	411,96
		Consultorio Casalvecchio Di Pu (73002)	83	393,39
		Consultorio Castelluccio Valma (73025)	1.089	4.158,46
		Consultorio Celenza Valfortore (73148)	35	110,48
		Consultorio Celle San Vito (73143)	27	77,71
		Consultorio Faeto (73101)	620	2.279,34
		Consultorio Motta Montecorvino (73150)	70	345,74
		Consultorio Orsara (73022)	81	272,43

Categoria Erogatore	Azienda Sanitaria	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Importo Lordo Prestazioni Erogate
		Consultorio Roseto Valfortore (73023)	54	194,07
		Consultorio San Marco La Catol (73019)	49	155,41
		Consultorio Troia (73021)	116	1.067,37
		Poliamb.Castelluccio Dei Sauri (74209)	3.345	12.609,75
		Poliambulat.Celenza Valfortore (74220)	3.668	14.289,77
		Poliambulatorio Alberona (74205)	1.301	4.946,54
		Poliambulatorio Anzano Di Pugl (74207)	3.675	14.976,90
		Poliambulatorio Ascoli Satrian (74027)	12.282	54.929,89
		Poliambulatorio Biccari (74102)	2.182	9.205,18
		Poliambulatorio Bovino (74028)	21.593	88.634,33
		Poliambulatorio Candela (74208)	625	2.391,62
		Poliambulatorio Carlantino (74223)	2.317	9.221,87
		Poliambulatorio Casalvecchio D (74203)	7.934	35.214,29
		Poliambulatorio Deliceto (74210)	9.636	37.720,43
		Poliambulatorio Di Accadia (74026)	13.133	52.941,81
		Poliambulatorio Foggia Centro (74021)	204.914	890.156,92
		Poliambulatorio Lucera (74020)	1.086	4.226,30
		Poliambulatorio Orsara (74104)	6.117	23.959,51
		Poliambulatorio Panni (74212)	4.756	17.218,52
		Poliambulatorio Rocchetta S.An (74213)	4.769	18.703,75
		Poliambulatorio S.Agata Di Pug (74214)	1.261	4.891,12
		Poliambulatorio S.Marco La Cat (74222)	1.394	5.055,49
		Poliambulatorio Troia (74101)	30.198	123.483,36
		Poliambulatorio Via Grecia (74111)	1.038	9.860,23
		Poliambulatorio Volturara (74224)	1.840	7.269,31

Categoria Erogatore	Azienda Sanitaria	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Importo Lordo Prestazioni Erogate
		Presidio Monteleone Di Puglia (74211)	3.748	14.260,47
		Presidio Motta Montecorvino (74219)	1.601	6.015,77
		Presidio Pietra Montecorvino (74218)	2.235	8.386,75
		Presidio Roseto Valfortore (74103)	1.507	6.294,27
		Presidio Volturino (74221)	1.743	6.849,28
	AUSL LE	Poliambulatorio Campi Salentin (84007)	177	456,66
		Poliambulatorio Galatone (84112)	2	3,92
		Poliambulatorio Lecce Sede (84001)	86.397	510.392,11
		Poliambulatorio Martano (84020)	28.629	148.281,57
		Poliambulatorio Nardo' (84025)	22	43,12
		Consultorio Presicce (83030)	1	5,16
		Poliambulatorio Casarano Via V (84043)	456	2.377,75
		Poliambulatorio Gagliano (966969)	5	33,3
		Poliambulatorio Gallipoli (84046)	143	563,12
		Poliambulatorio Maglie (84033)	6.548	14.609,10
		Poliambulatorio Otranto (84134)	480	943,39
		Poliambulatorio Tricase Piazza (84044)	2.387	4.678,52
		Poliambulatorio Ugento (84037)	1.348	10.247,20
	AUSL TA	Ambulatorio Polispecialistico (94087)	35	282,6
		Consultorio " Talsano " (93066)	190	980,4
		Consultorio Castellaneta (93001)	12	60,06
		Consultorio Martina Franca (93005)	29	149,64
		Consultorio Salinella S. Vito (93010)	62	331,92
		Consultorio Solito - Corvisea (93011)	276	1.454,16
		Poliambulatorio Castellaneta (94001)	114	893,99

Erogatore	Azienda Sanitaria	Singola Struttura Erogante	Numero Prestazioni	Categoria Prestazioni Erogate
	Poliambulatorio Crispiano (94032)			412
	Poliambulatorio Ginosa (94086)			437
	Poliambulatorio Laterza (94012)			18
	Poliambulatorio Manduria (94011)			28
	Poliambulatorio Martina Franca (94003)			111
	Poliambulatorio Mottola (94022)			1.006
	Poliambulatorio Palagianello (94013)			1.310
	Poliambulatorio Palagiano (964023)			16.528
	Poliambulatorio San Marzano (966618)			3.363
	Poliambulatorio -Talsano Via M (94052)			8.344
	Poliambulatorio Tamburi (94047)			5.183
	Presidio (Ex I.N.A.M.) (94005)			157
	Presidio Statte (94043)			7
	Sert Martina Franca (98111)			120
		Taranto Centro - Presidio Pneu (94055)		1.262

Fig.7


Medicina di Laboratorio
Modello organizzativo
(Hub and Hub)
Territorio
L.I.S.
DISTRETTO
H.I.S
Ospedale
•Attività analitiche di urgenza "territoriale"
(supporto pazienti neoplastici, malati cronici…)
•Attività analitiche di routine "territoriali"
(TAO, droghe,etc.)
•Attività di integrazione con i MMG e Specialisti Esterni
•Attività di integrazione con gli Ospedali
•Attività di integrazione con i Centri Prelievi (organizzazione, monitoraggio, regolamentazione)
•Attività di urgenza-emergenza ospedaliera
•Attività di routine ospedaliera e territoriale
•Attività selezionata di eccellenza