

Giunta Regionale della Campania

Assessorato alla Sanità

Piano Di fattibilità per la riorganizzazione
della Medicina di laboratorio
nella Regione Campania

Premessa

La legge Finanziaria dello Stato per il 2007, n. 296 del 27 dicembre 2006 all'articolo 1, comma 796, lettera o) prevede che le Regioni approvano un piano di riorganizzazione della rete delle **strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio.**

La norma si colloca all'interno di un processo di riorganizzazione, di razionalizzazione e di adeguamento degli standard organizzativi e di personale delle prestazioni di diagnostica di laboratorio che sta attraversando tutti i sistemi sanitari regionali e che trova fondamento nei processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate e tecnologicamente molto avanzate.

La Regione Campania ha già da tempo intrapreso un percorso che rivisita il sistema dell'offerta dei servizi di medicina di laboratorio con l'Obiettivo Generale dell'efficientamento del sistema dell'offerta sia pubblici che privati.¹

Obiettivo Generale: efficientamento sistema dell'offerta dei servizi di medicina di laboratorio.

Obiettivo specifico: Razionalizzare la rete delle strutture pubbliche che erogano prestazioni di diagnostica di laboratori e contenimento dei costi. Interventi per il comparto Pubblico

- a) mutamento del quadro normativo di riferimento: POR (legge n. 24/06) e DGR1246/07;
- b) centrali di committenza;
- c) appropriatezza: budget medici prescrittori.

Obiettivo specifico: Migliorare la rete delle strutture private che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio e contenimento dei costi. Interventi per il comparto Privato

- a) mutamento del quadro normativo di riferimento: DGR 377/98; 491/06;
- b) disciplina dell'accreditamento definitivo : regolamento n.3/06 ; regolamento n.1/07;
- c) tetti di spesa;
- d) provvedimenti diretti ad incidere sulle tariffe remunerative delle prestazioni.

OBIETTIVO SPECIFICO: COMPARTO PUBBLICO

1. Piano Ospedaliero e deliberazione n. 1246/07

¹ Si specifica che in Regione Campania non sono presenti punti prelievo. L'assenza di una disciplina specifica si giustifica in considerazione dell'elevato numero di strutture presenti a vario titolo sul territorio regionale.

Le strategie di ridisegno del comparto pubblico si articola in una serie di manovre volte ad incidere parallelamente su più nodi critici del sistema in maniera da generare sinergie d'azione ed effetti virtuosi.

L'adozione di una policy che vada progressivamente, ma con incisività, nella direzione della razionalizzazione delle risorse umane, finanziarie ed organizzative, si fonda sul nuovo Piano Ospedaliero Regionale di cui alla legge regionale n. 24 del 19 dicembre 2006.

Nel Piano Ospedaliero - che essendo stato approvato dal Consiglio regionale con Legge detta i principi cardine della disciplina dai quali non è legittimo discostarsi con provvedimento giuntale - è infatti prevista la ristrutturazione della Medicina di Laboratorio attraverso l'aggregazione delle attività in Dipartimenti di Medicina di Laboratorio.

“La ristrutturazione della medicina di laboratorio sarà improntata al criterio della maggiore integrazione e sinergia possibile, attraverso l'aggregazione delle attività in Dipartimenti di medicina di laboratorio, che saranno costituiti ovunque siano presenti le condizioni ed i requisiti per la loro istituzione.” [...] “I Dipartimenti (o comunque le attività integrate complessive derivanti dall'accorpamento delle attività diagnostiche di laboratorio) dovranno tendere con incisività e rapidità, a strutturarsi sulla base di una utilizzazione razionale delle risorse condivise e dell'individuazione delle parti di attività comuni, in modo da economizzare in termini di risorse umane, di spazi, di strumentazioni e di materiali di consumo”.

L'organizzazione della Medicina di laboratorio negli ospedali è stata affrontata sia sotto il profilo dimensionale che sotto quello della configurazione ai vari livelli di strutturazione: semplice, complessa o dipartimentale. Essa viene commisurata in proporzione all'entità clinica richiesta per soddisfare gli *outcomes* indotti dagli utenti ricoverati nonché il carico di prestazioni per gli utenti esterni correlato all'attenta valutazione del bacino di utenza, onde consentire la realizzazione della migliore integrazione Ospedale – territorio. Questo modello organizzativo risponde anche a parametri qualitativi correlati alla specializzazione ed alla differenziazione funzionale delle strutture ospedaliere di riferimento sulla base del tipo di malattie, della fascia di età o del tipo di organi o apparati coinvolti.

Tale linea programmatica ha assunto ancora maggiore incisività in riferimento ai Dipartimenti di Immunoematologia e di Medicina Trasfusionale (DMT) : per poter conseguire maggiore efficienza, sia nell'utilizzo del personale sia delle apparecchiature che dei materiali, il Piano Ospedaliero regionale ha previsto, infatti, che l'organizzazione dipartimentale è articolata, di norma, su base provinciale ed in forma interdipartimentale. Questa programmazione rispetta anche la Legge 219/05 e si basa, inoltre, sull'organizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata e del sistema dell'urgenza-emergenza. Le attività di Immunoematologia e Medicina trasfusionale sono state improntate a criteri di qualità, efficienza ed economicità anche al fine di favorire, nell'ambito del processo di accreditamento istituzionale, la verifica del possesso dei requisiti richiesti e del loro mantenimento nel tempo definendo un sistema di garanzia di qualità, razionalizzazione delle procedure ed attivazione di sistemi di monitoraggio.

Sulla scia delle disposizioni della legge finanziaria ed in ottemperanza agli obblighi di contenimento della spesa derivanti dal Piano di Rientro, la Giunta regionale in data 13 luglio ha approvato la deliberazione n. 1246 avente ad oggetto *“Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio ai sensi dell'articolo 1 comma 796 lettera o) della L. n. 296/06”* con la quale sono state dettagliate le modalità specifiche di riorganizzazione volte ad orientare i Direttori Generali delle aziende sanitarie regionali nella definizione dell'assetto organizzativo aziendale.

Nella redazione dei Piani attuativi i Direttori Generali hanno recepito e dato attuazione in primo luogo alle disposizioni legislative del Piano Ospedaliero regionale rispetto alle quali le

successive disposizioni formulate con delibera di Giunta regionale n. 1246/07 hanno rappresentato la disciplina di dettaglio.

Visti i provvedimenti adottati dalle Direzioni generali delle AA.SS.LL, AA.OO, AOU, IRCCS e verificata la coerenza degli stessi con il dettato della DGR 1246/07 si è proceduto alla rielaborazione dei provvedimenti aziendali in un'ottica sistematica su scala provinciale al fine di disegnare una mappa regionale assistenziale che tenesse conto delle realtà geografiche, dei flussi di mobilità e di quelli turistici e migratori.

2. Centralizzazione degli acquisti.

Si è ritenuto necessario “aggregare” alla fonte i costi di produzione delle prestazioni della specialistica ambulatoriale mediante la realizzazione di economie di scala nell'acquisto dei fattori della produzione.

A partire dal marzo 2007, ha avuto corso la “seconda fase” del processo di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, iniziata con l'approvazione della legge regionale n. 28 del dicembre 2003.

In questa chiave, è stata approvata la deliberazione n. 515 del 30 marzo 2007 che ha formalmente sancito il passaggio a So.Re.Sa. - S.p.A delle funzioni di acquisto dei beni e servizi non previamente trasferiti con la summenzionata legge n. 28, configurando la società regionale per la sanità, come “centrale di committenza” ai sensi dell'art.33 del codice dei contratti pubblici.

Con la deliberazione n. 1452 del 3 agosto, è stato approvato uno schema di Accordo Quadro finalizzato all'attivazione del sistema regionale centralizzato di acquisto di beni, attrezzature e servizi **non sanitari** da parte delle Aziende sanitarie.

Lo schema di Accordo disciplina le modalità con cui le Aziende sanitarie costituiscono la “Centrale acquisti” conferendo alla Società Regionale per la Sanità - So.Re.Sa. - S.p.A le funzioni necessarie per l'attivazione di Convenzioni Quadro cui ciascuna Azienda sanitaria deve attingere per soddisfare il proprio fabbisogno.

Lo Schema di Accordo prevede che per soddisfare il fabbisogno di beni, attrezzature e servizi non sanitari delle Aziende sanitarie, So.Re.Sa. - S.p.A (tenendo conto delle specifiche esigenze rappresentate dalle Aziende sanitarie e sulla base della programmazione annuale da esse effettuata) esperirà gare centralizzate e stipulerà Convenzioni Quadro.

Le Aziende sanitarie acquisteranno i beni, le attrezzature e i servizi non sanitari di cui necessitano, attingendo alle menzionate convenzioni - tramite la piattaforma informatica e mediante emissione di ordinativi di fornitura - utilizzando quindi le condizioni ed i parametri di costo maggiormente convenienti, ottenuti da So.Re.Sa. - S.p.A mediante le suddette convenzioni.

Per ciascuna Convenzione Quadro, So.Re.Sa. - S.p.A riceve il rimborso forfettario dei costi sostenuti per lo svolgimento delle proprie attività attraverso l'applicazione di una percentuale, pari allo 0,20% del valore degli acquisti effettuati da ciascuna Azienda Sanitaria nell'ambito delle Convenzioni Quadro. Tale rimborso viene trattenuto dalla rimessa mensile effettuata dalla Regione alle Aziende Sanitarie e versato periodicamente dalla Regione alla So.Re.Sa. - S.p.A., sulla base di rendicontazioni mensili che la So.Re.Sa. - S.p.A e le Aziende Sanitarie forniscono all'Assessorato alla Sanità – Settore Programmazione.

3.Appropriatezza e budget dei medici prescrittori

Sebbene la specialistica ambulatoriale in generale e la rete dei laboratori di analisi della Regione Campania sia stata oggetto a partire dalla DGR n. 377/98 e dalla DGR n. 491/06 di interventi finalizzati a migliorarne l'efficienza, avendo operato i necessari raffronti con altre realtà regionali, (vedi la tabella sottostante) si è potuto registrare la sussistenza di fenomeni di inappropriata o almeno di iper - prescrizione che sono stati contrastati come appresso dettagliato.

REGIONE	TOTALE POPOLAZIONE	N° ANALISI EROGATE	N° ANALISI /ABITANTE	N° Lab Pubblici	N° Lab Privati	Totale Laboratori	N° analisi/Labor.	N° Abitanti/Lab. Pub.
PIEMONTE	4.270.215	67.896.821	15,9	124	46	170	399.393	34.437
VALLE D'AOSTA	122.040	1.894.990	15,5	1		1	1.894.990	122.040
LOMBARDIA	9.246.796	166.924.266	18,1	151	217	368	453.599	61.237
PROV.AUTONOMA BOLZANO	471.235	4.793.482	10,2	14	6	20	239.674	33.660
PROV.AUTONOMA TRENTO	490.829	8.029.503	16,4	11	5	16	501.844	44.621
VENETO	4.642.899	78.338.554	16,9	88	70	158	495.814	52.760
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.198.187	16.227.485	13,5	20	12	32	507.109	59.909
LIGURIA	1.577.474	19.881.752	12,6	52	69	121	164.312	30.336
EMILIA ROMAGNA	4.080.479	64.192.034	15,7	62	59	121	530.513	65.814
TOSCANA	3.566.071	48.065.526	13,5	83	82	165	291.306	42.965
UMBRIA	848.022	9.255.412	10,9	19	13	32	289.232	44.633
MARCHE	1.504.827	19.755.051	13,1	60	52	112	176.384	25.080
LAZIO	5.205.139	67.993.965	13,1	*125	354	479	141.950	41.641
ABRUZZO	1.285.896	13.968.322	10,9	38	64	102	136.944	33.839
MOLISE	321.697	3.241.319	10,1	9	18	27	120.049	35.744
CAMPANIA	5.760.353	87.800.078	15,2	98	737	835	105.150	58.779
PUGLIA	4.040.990	43.322.184	10,7	84	215	299	144.890	48.107
BASILICATA	597.000	6.859.934	11,5	20	24	44	155.908	29.850
CALABRIA	2.011.338	25.309.306	12,6	66	143	209	121.097	30.475
SICILIA	5.003.262	73.775.410	14,7	135	685	820	89.970	37.061
SARDEGNA	1.643.096	21.691.271	13,2	41	51	92	235.775	40.076
TOTALE NAZIONALE	57.887.845	849.216.665	14,7	1301	2922	4223	201.093	44.495

In Campania si eseguivano nel 2004 (Annuario statistico SSN 2004) 15,2 analisi per abitante anno, una media superiore alla media nazionale che è di 14,7.

La naturale tendenza all'iper – prescrizione e l'utilizzo sempre più frequente delle indagini di laboratorio è dovuta anche agli effetti distorsivi della medicina difensiva e ha richiesto necessariamente una riconsiderazione del ruolo del medico prescrittore attraverso la condivisione di protocolli e percorsi diagnostici e terapeutici che riducano il ricorso ad indagini diagnostiche inappropriate.

Tuttavia i due indicatori numero di analisi eseguite mediamente da ciascun laboratorio pubblico o privato ed il numero medio di abitanti gravitanti su ogni laboratorio pubblico - indicatori riportati nelle ultime due colonne della tabella - evidenziano un' alta produttività dei laboratori pubblici campani rispetto alla media nazionale.

Questo dato è stato assoggettato ad un ulteriore perfezionamento in senso incrementale in considerazione da una parte, dell'adozione (successivamente alla rilevazione ISTAT 2004) del pacchetto di provvedimenti volto all'incremento di produttività del sistema; dall'altro dei mutamenti demografici in atto. Infatti, nella composizione della popolazione assistita campana, si registrano progressivi ma costanti mutamenti quali l'aumento della popolazione anziana e flussi migratori di popolazioni in età lavorativa. Il dato si riferisce specialmente alle province di Caserta e Salerno dove – fermo restando la presenza a Napoli dell'Ospedale Cotugno come centro di riferimento regionale - sono stati istituiti Dipartimenti di malattie infettive per interventi di prima accoglienza ed emergono nuovi scenari che la medicina di laboratorio dovrà affrontare con scelte strategiche per rendere la diagnostica più distribuita, specialistica e al tempo stesso più efficiente.

Per agire sui comportamenti dei medici prescrittori (MMG e PLS, Guardia medica e continuità assistenziale) già nel 2005 la DGR n. 1843 ha previsto il meccanismo del “budget” per i medici convenzionati.

L'obbligo della programmazione del “budget” è ripreso dalla DGR n. 800 del giugno 2006 che dispone che a partire dal 1 gennaio 2006 le aziende sanitarie locali devono provvedere, nell'ambito dei limiti di spesa loro assegnati, e con le modalità tecniche prescritte nella NOTA METODOLOGICA della medesima delibera, ad applicare ai soggetti convenzionati (MMG, PLS, Guardia Medica e Continuità Assistenziale, Specialistica Ambulatoriale SUMAI, Farmacie, Medicina dei Servizi) idonei budget di spesa e controlli mensili degli stessi, in modo da evitare il superamento dei limiti di spesa assegnati.

Le Aziende sanitarie campane, nel rispetto dei momenti di negoziazione previsti dall'ACN, hanno provveduto ad adottare i provvedimenti determinativi, all'interno del tetto di sistema, dei budgets per i distretti di relativa competenza.

La strategia delineata ha già evidenziato i primi esiti positivi.

L'attività complessiva, pubblico - privato, riferita al 2006 e paragonata al 2004, per l'effetto dei provvedimenti a tutt'oggi adottati dimostra una netta riduzione del numero complessivo delle prestazioni erogate da n. 87.800.078 per n. 5.760.353 abitanti (media 15,2 esami /abitante) a n. 82.023.318 prestazioni per n. 5.807.157 abitanti, con una media di 14,1 prestazioni per abitante, che porta il dato regionale sotto la media nazionale (14,7).

Il dato delle prestazioni equivalenti (modello STS 21, NSIS Ministero della Salute) comparato sempre in riferimento agli anni 2004 – 2006 mostra un abbattimento dei costi medi pari al 7,6 %.

OBIETTIVO SPECIFICO: COMPARTO PRIVATO

1. DGR 491/06 e Accreditemento definitivo.

Per il comparto privato, il processo di riorganizzazione è iniziato con la delibera di Giunta regionale n. 377/98 ed è proseguito con la delibera di Giunta regionale n. 491/2006, che nelle more dell'accréditamento istituzionale delle strutture private provvisoriamente accréditate ne ha disciplinato le procedure necessarie alla rimodulazione della capacità operativa massima. Mediante procedure di revisione per il calcolo delle COM che tenessero conto, in modo più incisivo, dell'evoluzione tecnologica delle apparecchiature incentivandone l'utilizzo si è inteso garantire il livello qualitativo delle prestazioni erogate dalle strutture private provvisoriamente accréditate.

La disciplina dell'accréditamento istituzionale è stata suddivisa in due momenti.

Con l'approvazione del regolamento n. 3, entrato in vigore il 5.09.2006, sono stati dettati i requisiti ulteriori per le discipline di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale, in conformità al disposto della legge regionale n. 28 del 2003 che aveva individuato tali priorità temporali anche sulla base della considerazione che le due discipline menzionate costituiscono quelle generatrici di maggiori problematiche, anche per la peculiare valenza socio – sanitaria.

Il 31.05.2007 è stato approvato dal Consiglio Regionale della Campania (BURC n. 38 del 4 luglio 2007) anche il *“regolamento recante la definizione dei requisiti e le procedure per l'accréditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime Ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale”* che è volto a completare la disciplina dell'accréditamento istituzionale mediante elencazione dei requisiti ulteriori che devono essere posseduti dalle altre strutture, pubbliche e private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale.

Con il predetto provvedimento, il Consiglio regionale ha definito le procedure per l'accréditamento delle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale; delle strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, a ciclo continuo e/o diurno, e delle strutture sanitarie e/o sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e/o semiresidenziale per tutte le “altre branche” con esclusione dell'emodialisi e della riabilitazione, disciplinati appunto con il citato regolamento consiliare n. 3.

Il regolamento n. 1 (BURC n. 38 del 4 luglio 2007) ha individuato il 2 novembre 2007 come termine a partire dal quale i soggetti privati possono presentare domanda per l'accréditamento e il termine ultimo per la presentazione delle domande è, per i provvisoriamente accréditati, fissato per il 29.02.08.

A decorrere dal 29 febbraio 2008 i nuclei di valutazione, appositamente costituiti, procederanno ad analizzare la documentazione allegata alle domande di accréditamento pervenute e, effettuate le verifiche, redigeranno i previsti rapporti di valutazione che saranno trasmessi al dirigente del Settore competente dell'Assessorato Regionale alla Sanità..

Il dirigente del Settore competente, verificata l'esito positivo dell'istruttoria, rilascerà l'attestato di accréditamento istituzionale.

Di particolare interesse, nel senso della riorganizzazione e della qualificazione della rete delle strutture, è la disposizione di cui all'art. 3, punto 9 del predetto regolamento, laddove si

consente il ricorso, per i soggetti che abbiano già ottenuto l'attestato di accreditamento istituzionale, a forme di aggregazione stabile, consortile o societaria, che comporteranno la concentrazione di più strutture fisiche, anche mediante trasferimenti interdistrettuali.

Nell'individuazione dei requisiti ulteriori, sia generali che specifici, tenuto conto che i requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici già previsti nelle delibere della Giunta regionale n. 3958 del 7.08.2001 e n. 7301 del 31.12.2001 sono particolarmente incisivi ed idonei a garantire un alto profilo di attività delle strutture sanitarie, si è inteso privilegiare l'ambito della qualità, sia sul versante organizzativo che su quello tecnico professionale.

In altre parole l'impianto del regolamento è stato formulato in modo tale da garantire una razionalizzazione della rete delle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale così da ricondurre le strutture private accreditate a livelli quali – quantitativi di produttività coerenti con le strategie regionali e con la necessità di realizzare consistenti economie di scala.

Il rilascio del titolo di accreditamento istituzionale, infatti, è previsto nei confronti delle sole strutture che abbiamo superato positivamente la fase della verifica della funzionalità rispetto alla programmazione regionale e che, inoltre, siano in possesso di tutti i requisiti ulteriori riportati per le singole branche nel regolamento n. 1 .

Ciò non significa che tutte le strutture interessate che siano in grado di soddisfare i requisiti tecnici di accreditamento hanno diritto ad un rapporto con il SSR, il Piano Ospedaliero precisa, infatti, che “ *tra queste saranno selezionate solo quelle la cui attività (per tipologia, ubicazione territoriale, o altre circostanze) risulti funzionale alle scelte della programmazione regionale dell'offerta di servizi sanitari*”.

2.Tetti di spesa

Al fine di ottenere la riduzione e la ristrutturazione della spesa sanitaria nella misura voluta dalla legge finanziaria regionale per il 2006, la Giunta regionale ha approvato già a partire dal 2005 la delibera n. 1843 con la quale, attraverso l'introduzione di vincoli ed obiettivi di spesa per fattori di costo, ha posto le premesse per un effettivo contenimento della spesa nel triennio 2006/2008 ed il raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere campane.

Dopo aver stimato, per ciascuna azienda sanitaria, gli obiettivi di risparmio conseguibili nel triennio di riferimento in relazione alla distanza esistente tra la teorica situazione di pareggio dei conti e la misura del finanziamento determinato con la ripartizione del Fondo sanitario regionale per il 2005 (*ex* DGRC. n. 1215 del 23 settembre 2005), sono stati individuati, per ciascuno dei diversi elementi di costo, gli obiettivi triennali di riduzione dei livelli di spesa programmati in rapporto al livello dei costi raggiunti nell'esercizio 2004, traducendoli, poi, direttamente all'interno dello stato di previsione della spesa del bilancio annuale di previsione 2006 e del bilancio pluriennale 2006-2008.

Ne consegue che, con la realizzazione di tali obiettivi di contenimento della spesa nel triennio, sarà conseguibile l'equilibrio gestionale corrente del sistema sanitario regionale in un quadro di risorse compatibili.

Le previsioni (rispetto ai costi del 2004) sono di un risparmio complessivo di spesa, al termine del triennio 2006-2008, pari al 18,5%.

Nel 2006 con la delibera di giunta regionale n. 800 sono stati determinati i volumi di attività massima e i correlati limiti di spesa per il comparto accreditato. La citata delibera, ha disposto che le Aziende Sanitarie Locali, sulla base della programmazione effettuata per l'esercizio 2006 e degli obiettivi di contenimento dei costi fissati dall'art. 3 della L. R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005 per ciascuna azienda e per ciascuna voce di costo, con effetto dal 1 gennaio 2006 devono provvedere, nell'ambito dei limiti di spesa assegnati e con le modalità tecniche prescritte, ad applicare ai soggetti accreditati (ospedali classificati, case di cura, laboratori,

centri di riabilitazione ed altri centri privati) i limiti di spesa per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in quantità e costo con le modalità stabilite dalla citata delibera, nonché ad applicare le regressioni tariffarie necessarie per l'osservanza dei limiti complessivi di spesa, con i criteri fissati dall'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.).

Trimestralmente l'Assessorato regionale alla Sanità procede alle verifiche sul controllo della spesa.

Con la DGRC n. 517 del 30 marzo 2007, sono stati fissati i tetti di spesa delle prestazioni sanitarie acquistate da privati convenzionati e provvisoriamente accreditati (e quindi anche dai laboratori) per gli esercizi 2007 e 2008-2010, in applicazione del Piano di Rientro dal Disavanzo.

Con la DGRC n. 726 del 24 aprile 2007, avente ad oggetto "Ripartizione del Fondo Sanitario Regionale per la spesa corrente 2006 – 2010", si è poi provveduto ad attribuire fondi certi, per un periodo di quattro anni, alle AA.SS.LL., AA.OO. AA.OO.UU. e Fondazione Pascale che hanno in tal modo la possibilità di programmare la loro attività nell'ottica di una riduzione dei costi, ma anche di un miglioramento dei servizi.

Le citate deliberazioni 1843/05, 800/06 e 517/07 delineano un impianto per il quale le risorse finanziarie destinate all'acquisto di prestazioni da privati sono assolutamente contingentate e non suscettibili di alcun incremento.

Eventuali maggiori costi sostenuti dai privati vengono assorbiti dalla regressione tariffaria e non possono generare incrementi di spesa per l'amministrazione regionale.

3.Tariffe

L'allegato B alla delibera di Giunta regionale n. 460 del 2007 prevede fra gli obiettivi di risparmio derivanti dalle misure contenute nella finanziaria per l'anno 2007 anche l'abbattimento del 20% delle tariffe delle prestazioni di laboratorio e del 2% delle altre prestazioni specialistiche così come previsto all'art. 1, comma 796 lettera o).

Pertanto, con riferimento al fatturato dei laboratori privati che è stato pari per il 2005 a 234 Meuro, il valore su cui calcolare l'abbattimento del 20% è pari a 46,8 Meuro, così come pubblicato sul BURC n. 17 del 26 marzo 2007 che riporta la citata delibera n. 460.

In attuazione del suddetto disposto la Regione ha proceduto ad abbattere in misura proporzionale il valore dei trasferimenti verso le ASL alle quali sono stati trasferiti importi decurtati del 20% così come si riporta nelle tabelle unite in allegato.

Parallelamente è comunque in fase di definizione il procedimento di aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione e di specialistica ambulatoriale.

In Regione Campania, infatti, non è previsto l'applicazione delle tariffe di cui al tariffario c.d Bindi, ma si applicano tariffe elaborate a partire dalle indicazioni ministeriali e che prevedono, alla luce dei flussi di frequenza delle prestazioni, maggiori economie di spesa, pur nel rispetto della remuneratività complessiva del sistema.

Con decreto assessorile n. 467 dell'agosto 2006 è stata costituita una commissione tecnica incaricata di redigere una proposta di aggiornamento del tariffario regionale - di cui alle deliberazioni regionali n. 378/98 e 1874/98 - tale da promuovere una politica tariffaria mirata all'appropriatezza ed al contenimento dei costi.

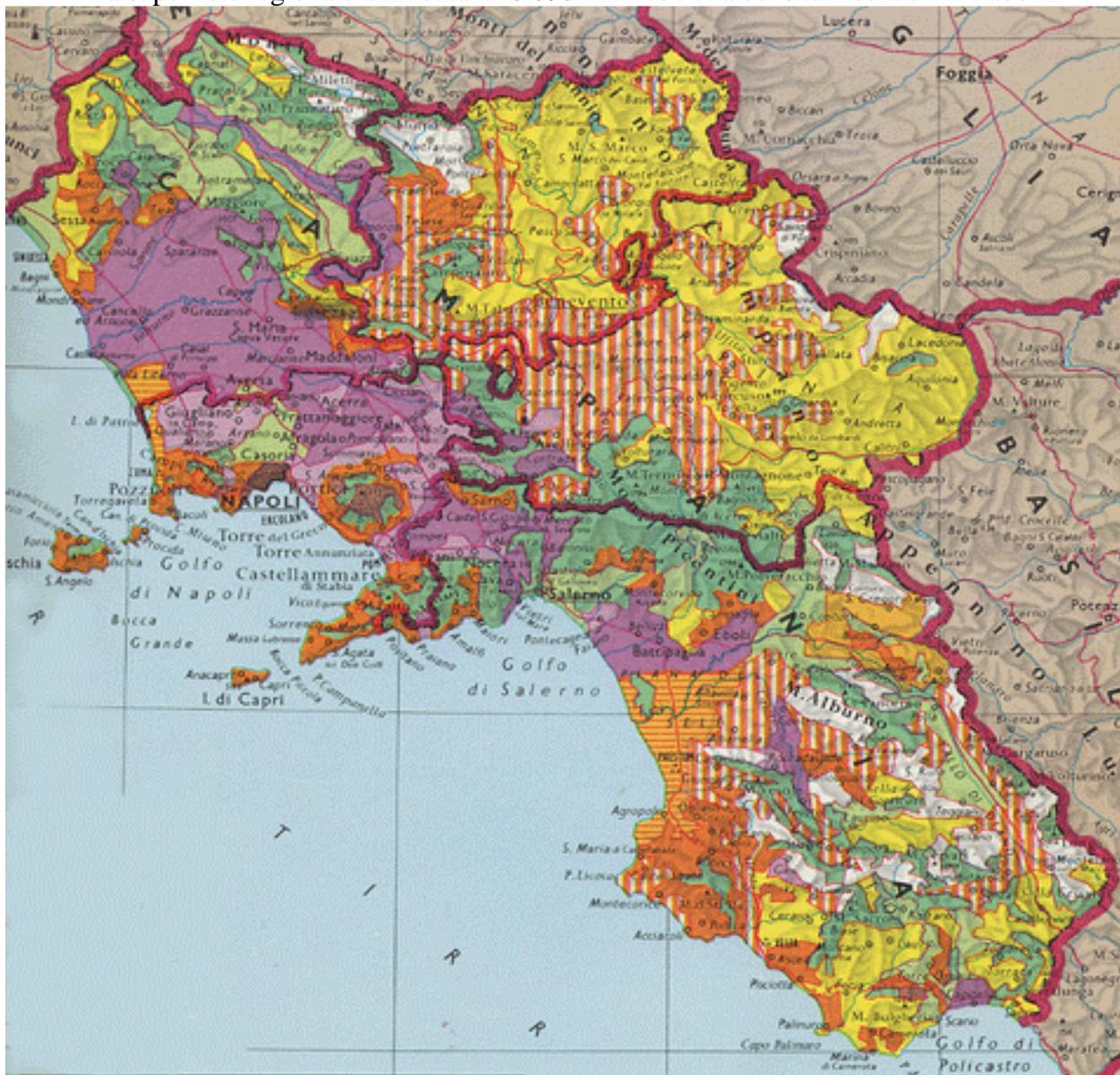
IL PANORAMA DEGLI EROGATORI

L'attuale configurazione della rete delle strutture accreditate della Regione Campania, prevede la presenza di erogatori pubblici (Aziende Ospedaliere, presidi Ospedalieri, presidi territoriali, Policlinici universitari, IRCCS) e privati (laboratori privati provvisoriamente accreditati e Case di cura che erogano anche prestazioni di diagnostica di laboratorio per l'esterno).

E' necessario tuttavia considerare alcune variabili peculiari della regione e cioè: particolari caratteristiche geomorfologiche del territorio, variabilità demografica stagionale particolarmente nella zona costiera ed insulare e speciali caratteristiche del servizio erogato (in pratica territorio di montagna, isole –Capri, Ischia, Procida- alta specialità, aziende universitarie ed IIRCCSS).

La Regione annovera 5.807.157 residenti distribuiti in 551 comuni raggruppati a loro volta in 5 province.

La superficie regionale ammonta a 13.595 Km² con una densità media di 421 ab /Km².



Erogatori Pubblici

L'articolazione degli erogatori pubblici comprende in base al DPM 10 febbraio 1984 (G.U. 24 1984, n. 55) la funzione giuridica di:

- a) laboratorio generale di base (generalmente distrettuale);
- b) laboratorio generale di base con settore/settori specializzati;
- c) laboratori specializzati.

Prima dell'adozione dei provvedimenti di riorganizzazione, il panorama degli erogatori pubblici presentava le seguenti caratteristiche di quantità e distribuzione.

BRANCA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: cod. 011 (situazione al 31/12/2006)

LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

N. PUNTI PUBBLICI PRESENTI SUL TERRITORIO DELLE AA.SS. DELLA CAMPANIA

AA.SS.LL. - AA.OO. - IRCCS

riepilogo

AZIENDA	STRUTTURE TERRITORIALI	STRUTTURE DI RICOVERO	TOTALE strutture	N. PRESTAZIONI ASSOLUTE (per esterni)
101-AV1	2	3	5	379.564
102-AV2	2	1	3	247.240
103-BN1	5	2	7	953.508
104-CE1	-	5	5	411.533
105-CE2	1	4	5	413.343
106-NA1	15	13*	44	3.225.203
107-NA2	1	4	5	510.379
108-NA3	3	1	4	395.329
109-NA4	5	2	7	868.525
110-NA5	5	6	11	803.006
111-SA1	-	5	5	725.892
112-SA2	8	3	11	428.517
113-SA3	3	4	7	762.230
901-CARDARELLI	-	1	1	165.816
902-SANTOBONO	-	1	1	35.892
903-MONALDI	-	1	1	62.565
904-A.O. SA	-	1	1	60.506
905-A.O. AV	-	1	1	241.078
906-A.O. BN	-	1	1	360.755
907-A.O. CE	-	1	1	54.664
910-PASCALE	-	1	1	128.269
912-A.O. COTUGNO	-	1	1	817

TOTALE	50	62	141	11.234.631
---------------	-----------	-----------	------------	-------------------

**il totale delle attività tra laboratori generali di base con settori specializzati e laboratori specializzati ammonta a n. 29*

Se al dato riportato in tabella si aggiungono le n. 63 strutture presenti nelle 2 AA.OO.UU, si ha un totale di n. 204 strutture.

Successivamente alla manovra di riordino si è ottenuto, per ogni singola provincia, quanto dettagliato analiticamente:

Provincia di SALERNO:

Superficie: 4.922 Km²

Residenti :1.090.934

Densità: 221 ab/Km²

Numero: comuni 158

Laboratori Ospedalieri	16
Laboratorio Tossicologico	1
Laboratorio Distrettuale	1

Provincia di CASERTA

Superficie: 2.639 Km²

Residenti: 886.758

Densità: 336 ab /Km²

Numero comuni: 104

Laboratori Ospedalieri	9
Laboratori Distrettuali	1

Provincia di BENEVENTO

Superficie: 2.071 Km²

Residenti: 289.201

Densità: 139 ab/Km²

Numero comuni: 78

Laboratori Ospedalieri	5
Laboratori Distrettuali	2

Provincia di NAPOLI

Superficie: 1.171 Km²

Residenti: 2.102.380

Densità: 1795 ab /Km²

Numero comuni :92

Laboratori Ospedalieri	13
Laboratori Distrettuali	5

Città metropolitana di NAPOLI

Per quanto attiene la popolazione afferente ai singoli distretti sanitari di base si rimanda alla tabella seguente, sottolineando che il dato “ISTAT” si riferisce alla proiezione statistica della popolazione così come viene calcolata dall’Istituto sulla base degli andamenti demografici. È questo un dato puramente virtuale, ma rappresenta comunque la base di calcolo per definire, sia a livello regionale che centrale, la popolazione di riferimento sulla quale vengono assegnate le quote di finanziamento regionale; il dato “residenti” si riferisce alla popolazione così come risulta all’anagrafe comunale; il dato “assistibili” si riferisce solo alla popolazione che afferisce ai medici di medicina generale dell’ASL Napoli 1 e quindi suscettibile di ulteriore incremento. Rappresenta il dato più attendibile in termini di attività prescrittiva ed assistenziale. Si pensi a tutta la problematica degli stranieri, della popolazione detenuta, ecc. Infine il dato “popolazione pesata”, calcolata secondo i dettami del Ministero della Salute, rappresenta la popolazione – virtuale – di riferimento standardizzata.

Dal 1 gennaio 2007 l’isola di Capri è transitata nelle competenze della ASL Napoli 1 con una popolazione di 12.919 abitanti suddivisi in due comuni (Capri 7.064 abitanti ed Anacapri 5.855 abitanti)

Distretto Sanitario di Base	ISTAT	Residenti	Assistibili	Pesata
44	85.482	90.574	95.421	166.496
45	101.552	106.071	111.747	187.141
46	102.943	110.898	116.832	161.204
47	120.678	126.084	132.831	240.648
48	86.662	91.985	96.907	131.188
49	104.049	107.729	113.494	182.487
50	90.755	94.403	99.455	140.876
51	97.050	101.994	107.452	176.479
52	113.562	120.685	127.143	182.770
53	97.738	102.584	108.073	174.812
TOTALE	1.000.470	1.053.007	1.109.354	1.744.101

Laboratori Ospedalieri*	26 (n. 1 ASL con 9 pp.oo. e n. 4 AA.OO. con 5 pp.oo.)
Laboratori Distrettuali	8 (n. 2 DSB/10 non hanno il laboratorio)
Seconda Università di Napoli**	4 aree lab core con settori specializzati
Università Federico II**	4 aree lab core con settori specializzati
IRCCS Fondazione Pascale	4 aree lab core con settori specializzati

*n. 12 Laboratori Specializzati e n. 14 Laboratori Generali di Base

** Si è raggiunto così l’obiettivo di separare nettamente la parte assistenziale da quella deputata alla ricerca e contemporaneamente si è riportata la presenza di laboratori in corrispondenza delle discipline sotto la responsabilità degli specialisti individuati dalle leggi vigenti

Provincia di Avellino

Superficie: 2.792 Km²,

Residenti :437.414

Densità :156 ab/Km²

Numero comuni :119

Laboratori Ospedalieri	6
Laboratori Distrettuali	2

Inoltre, distribuiti sul territorio della Regione Campania vi sono:

a- n. 18 strutture di Medicina Trasfusionale;
b- n. 18 strutture di Anatomia Patologica;
c- n. 5 strutture di Genetica Umana con attività di laboratorio specializzato.

Assetto territoriale

L'attuale assetto organizzativo regionale prevede 13 ASL (di cui 1 sola provinciale) con 51 presidi ospedalieri interni; e, a completare l'offerta, ci sono 8 Aziende Ospedaliere (4 a Napoli, le altre 1 per ogni capoluogo di provincia), 2 Policlinici, 3 IRCCS, 3 Ospedali religiosi classificati.

Il modello organizzativo vede la presenza di Unità Operative Complesse e di Strutture Semplici Dipartimentali

Sono attualmente in fase di revisione anche i 113 distretti sanitari, tenuto conto che la Regione individua come criterio di riferimento Distretti con 60.000 abitanti, salvo deroghe per ragioni demografiche o orografiche.

Si evidenzia che nonostante la distribuzione sul territorio di complessivi n. 113 dd.ss.bb. e n. 51 ambiti sociali sono presenti solo n. 23 strutture di medicina di laboratorio territoriali.

Ai sensi della Delibera di Giunta Regionale 29 giugno 2001 n. 1824 "legge 8.11.2000, n. 328 - determinazione degli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete" – si individuano quali "ambiti territoriali" sociali i distretti sanitari o loro multipli purché rientranti nella stessa ASL (l'allegato A elenca i 51 ambiti, indicando a quale Distretto afferisce ogni Comune).

Erogatori Privati

E' successivamente dettagliata per ogni singola provincia la distribuzione degli erogatori privati ivi ricomprese le Case di cura che erogano prestazioni di laboratorio per l'esterno.

Provincia di SALERNO

- | | |
|--|-----|
| • <i>Strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio:</i> | 114 |
| • <i>Case di cura che effettuano attività di laboratorio:</i> | 9 |

Provincia di CASERTA

- | | |
|--|-----|
| • <i>Strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio:</i> | 106 |
| • <i>Case di cura che effettuano attività di laboratorio:</i> | 14 |

Provincia di BENEVENTO

- | | |
|--|----|
| <i>Strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio:</i> | 24 |
| <i>Case di cura che effettuano attività di laboratorio :</i> | 4 |

Provincia di NAPOLI

- | | |
|--|-----|
| <i>Strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio:</i> | 244 |
| <i>Case di cura che effettuano attività di laboratorio:</i> | 14 |

Città metropolitana di NAPOLI

- | | |
|--|-----|
| <i>Strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio:</i> | 166 |
| <i>Case di cura che effettuano attività di laboratorio:</i> | 23 |

Provincia di Avellino

- | | |
|--|----|
| <i>Strutture ambulatoriali private provvisoriamente accreditate eroganti prestazioni di medicina di laboratorio:</i> | 37 |
| <i>Case di cura :</i> | 7 |

BRANCA SPECIALISTICA AMBULATORIALE: cod. 011 (situazione al 31/12/2006)

LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE

N. PUNTI ACCREDITATI PRESENTI SUL TERRITORIO DELLE AA.SS.LL. DELLA CAMPANIA

AZIENDA	N. LABORATORI ACCREDITATI	N. PRESTAZIONI ASSOLUTE (per esterni)	Popolazione	N. prestazioni x assistito
101-AV1	12	565.616	161.461	3,50
102-AV2	25	1.535.174	275.953	5,56
103-BN1	24	1.159.494	289.201	4,01
104-CE1	49	2.251.788	406.611	5,54
105-CE2	57	3.240.229	480.147	6,75
106-NA1	166	9.476.147	984.242	9,63
107-NA2	49	3.081.380	536.714	5,74
108-NA3	41	2.719.175	383.333	7,09
109-NA4	67	3.311.037	559.249	5,92
110-NA5	87	4.397.000	623.084	7,06
111-SA1	40	2.758.766	366.725	7,52
112-SA2	55	2.668.900	458.644	5,82
113-SA3	19	970.943	265.565	3,66
TOTALE	691	38.135.649	5.790.929	6,59

Il quadro complessivo, dopo la riorganizzazione, vede la presenza di n. 860 strutture di diagnostica di laboratorio distribuite nell'ambito regionale. Di queste 98 afferenti al comparto pubblico. Solo n. 23 sono distrettuali e le rimanenti 75 rappresentano il complessivo delle aziende ospedaliere, dell'IRCCS e delle Aziende Universitarie.

Totale strutture private ambulatoriali e case di cura :	762
Totale strutture pubbliche :	98

Cronoprogramma

Il processo rappresentato è operativo a far data dal 30 novembre 2007.

L'organizzazione dipartimentale e l'informatizzazione delle strutture, potranno dispiegare compiutamente la loro efficacia solo al termine del processo di accreditamento istituzionale, ed alla piena realizzazione del PRO anni 2007 – 2009, subordinatamente al completamento dei lavori ex art. 20, legge n. 67/88.

Alla luce delle descritte manovre di riassetto del comparto della medicina di laboratorio, si ritiene di poter delineare il quadro riassuntivo delle economie attese riepilogato nella tabella unita in allegato.

Tabella : Economie attese nell'area specifica-

	Anno 2008 (in M/euro)	Anno 2009 (in M/euro)	Anno 2010 (in M/euro)
Personale (riconversione strutture ed accorpamenti)	2,5	2,5	2,5
Economie su materiali diagnostici prodotti chimici ed attrezzature	3,0	3,4	3,4

Le economie inerenti la riconversione e gli accorpamenti delle strutture pubbliche unitamente a quelle inerenti i materiali diagnostici e prodotti chimici i soggetti ammontano ad euro
Mentre quelle inerenti i soggetti Accreditati, il Budget dei prescrittori e la politica tariffaria sono ricomprese nel piano di rientro a cui si rimanda.