

## Memoria Integrativa ad incontro ministeriale su reti laboratori privati

In relazione all'incontro svoltosi il 19 gennaio scorso presso la sede del Ministero della Salute tra le Associazioni di Categoria delle Strutture Private Accreditate e la Direzione Generale del Ministero, tendente ad approfondire la questione relativa alla riorganizzazione in rete obbligatoria delle strutture stesse, così come concordato con il Dr. Botti, si rende la presente memoria di sintesi.

Peraltro, seppur auspicandone la ricezione, ad oggi non abbiamo avuto dal Ministero alcun verbale che riassume i contenuti dell'incontro, sia per quanto detto dal Dr. Botti che dai vari rappresentanti delle Associazioni di Categoria ai quali è stata data la parola per circa 6 minuti ciascuno. Evidentemente, così come è stata finora usanza dei Sub Commissari in Calabria, la stesura dei verbali anche al Ministero sembra una pura opzione. Ed a questo riguardo, avendo visto circolare diversi resoconti di varie Associazioni di Categoria, alcune assolutamente parziali, altre addirittura mistificanti la realtà circa un corale, ma inesistente condivisione sulla necessità di procedere con la riorganizzazione obbligatoria della rete delle strutture private, per fare chiarezza su quanto effettivamente è stato detto dal nostro raggruppamento all'incontro, in premessa sintetizzeremo quanto il Presidente dell'Assipa ha segnalato al Dott. Botti ed agli altri partecipanti; chiedendo contestualmente alla presente una copia della trascrizione integrale della registrazione audio dell'incontro.

Più esattamente, nell'incontro in questione l'Assipa, anche in rappresentanza di un nuovo costituendo raggruppamento nazionale (Calabria, Sicilia, Puglia e Lazio), unitamente ad altra Associazione nazionale

- ha manifestamente dichiarato la contrarietà alla rete obbligatoria per le strutture che forniscono meno di 200.000 prestazioni all'anno – circostanza non formalmente e precisamente indicata dal Ministero nelle slides della sua relazione riassuntiva sulle posizioni delle Associazioni presenti;
- ha altresì evidenziato che nell'approccio alla questione della rete dovrebbe essere messo al centro l'interesse dei cittadini a godere di un'assistenza sanitaria prossima e capillare, così com'è attualmente, piuttosto che spostare la discussione su come ottenere forzatamente ipotetiche economie nel privato, finendo solo ed inevitabilmente col favorire l'interesse di poche grandi strutture private con l'accentramento del servizio nelle loro mani;
- ha quindi chiesto che il Ministero si facesse garante della opportunità di intervenire presso i Governatori e/o i Commissari ad Acta regionali per sospendere in via cautelativa, e in attesa di un maggiore approfondimento della problematica in discussione, ogni atto o provvedimento in itinere o già esecutivo della riorganizzazione obbligatoria della rete, ricevendo a tal proposito un espresso diniego del Direttore Botti, che ha invece espresso il suo personale convincimento sulla necessità di procedere alla riorganizzazione in rete obbligatoria;
- ha posto l'attenzione sulla necessità che si proceda speditamente alla redazione delle nuove tariffe – valevoli per il privato e per il pubblico - essendo questa la vera urgenza, perché solo conoscendo i termini della situazione si potrà valutare se sottoscrivere un contratto, se continuare a operare da soli o se scegliere liberamente di costituirsi in rete con altri colleghi.
- ha, infine, segnalato la grave ripercussione che tale tipo di intervento avrebbe avuto su centinaia di strutture private accreditate – che sarebbero state costrette a chiudere - e conseguentemente sugli effetti dell'offerta dei servizi sanitari ai cittadini e sulle drastiche riduzioni dei livelli occupazionali che ne sarebbero derivati.

Ed in relazione a tutto ciò, si riespongono di seguito i punti logico-argomentativi su cui tale posizione è fondata.

La questione in esame parte da una previsione contenuta nella legge finanziaria del 2007

Com'è noto, la legge finanziaria (oggi legge di Stabilità) è il principale strumento previsto dall'ordinamento giuridico per regolare efficacemente la vita economica del paese, contenendo essa i principali provvedimenti in termini di entrate e di spese non soltanto sotto l'aspetto prettamente tecnico-finanziario, ma anche sotto il più generale obiettivo politico-economico che si intende perseguire.

La logica e la *ratio* di quanto in essa previsto a proposito della rete dei laboratori, in materia sanitaria, era quindi evidentemente informata ad obiettivi di efficienza e di risparmio espressa attraverso specifiche azioni di natura contabile.

**Finanziaria ed economie in laboratorio pubblico** – Obiettivi di efficienza e di risparmio in cui lo scenario preso in considerazione era certamente quello pubblico, tant'è che proprio nella parte che riguarda la diagnostica di laboratorio clinico, in virtù delle nuove metodologie – sia pure non tutte automatizzabili - si può ottenere un consistente risparmio della spesa nei settori specifici.

Spesa che nel versante pubblico può e deve essere ridimensionata ricorrendo all'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse umane e dei materiali (rispetto ad una tendenza all'eccessivo consumo e spreco di risorse) poiché buona parte dei processi diagnostici può essere automatizzata e centralizzata in minor numero di strutture, in funzione delle specifiche realtà, con consistenti risparmi sui materiali, un miglior utilizzo della forza lavoro non licenziabile e una riduzione dei costi effettivi, finora pagati tutti a piè di lista nel Settore Pubblico.

**Finanziaria e risparmio nel privato** - Che dunque l'obbiettivo di risparmio riguardasse e fosse rivolta al settore pubblico è una questione incontestabile e chiarissima se solo si considera che nessuna delle circostanze sopra evidenziate si attaglia al settore privato; sicché quanto disposto per il privato nella finanziaria risultava del tutto ininfluenza sotto il profilo del contenimento della spesa.

Si consideri, infatti, che nel privato:

- le prestazioni finora erogate vengono pagate in misura fissa, se non addirittura in decremento a causa dei possibili sforamenti, sicché i budget di spesa previsti sono sempre rigorosamente rispettati;
- inoltre, a fronte di tariffe predeterminate (che dovrebbero essere tenute a riferimento in ambo i comparti, pubblico e privato), i soggetti privati, nella specifica natura di esercenti la libertà di professione e d'impresa, non possono che sottostare esclusivamente alle particolari condizioni del mercato che per un verso li costringe già a fare valutazioni costi-benefici a monte della loro attività - e quindi ad operare le dovute economie e risparmi - e per altro verso addirittura, in virtù dei provvedimenti e regolamenti via via adottati sono anche costretti nel numero delle prestazioni da erogare (budget imposto). Sicché, è evidente l'abisso che si crea tra il pubblico ed il privato, laddove il pubblico, pur avendo la tariffa predeterminata, nei fatti può sfiorare nel costo di produzione della prestazione e tuttavia viene pagato a piè di lista; mentre nel privato tale dinamica non opera affatto, poiché a fronte della tariffa predeterminata l'organizzazione dei costi è obbligatoria per la struttura se vuole rendere remunerativa la sua attività.

- Ecco dunque come l'efficienza della spesa e il contenimento dei costi fossero problematiche che la Finanziaria, in quella previsione, riferiva al Pubblico e certamente non al Privato.

Altra cosa ed altra logica sarebbe, invece, considerare l'inclusione dei privati nella riorganizzazione prevista dalla finanziaria 2007, quale esigenza di fornire loro l'opportunità di uno strumento legislativo specifico e adeguatamente articolato che consenta la libera e facoltativa condivisione di una rete tra più strutture, al fine di raggiungere ulteriori economie, nel rispetto dei livelli occupazionali esistenti.

**Concetto di soglie minime di efficienza DL 112/2008 conv. In L.133/2008** – Le soglie minime di efficienza sono un concetto sorto a seguito della proposta riforma del Dlgs 502/92 che mirava a introdurre innovazioni che andassero nel senso di migliorare e recuperare l'efficienza del sistema, eliminando sprechi e inefficienze, senza tradire la volontà politica di offrire un servizio sanitario e i livelli essenziali di assistenza.

Lo scopo in sostanza è quello di vincolare l'attività dell'erogatore di prestazioni sanitarie a standard di efficienza, economicità e appropriatezza.

L'art. 8 quater comma 3 lett. B) parla infatti di criteri generali uniformi per *“la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve esser conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate.”* In sostanza si rapporta la soglia minima di efficienza alla peculiarità di ciascuna tipologia organizzativa (attrezzature, personale, requisiti strutturali richiesti) e alle diverse realtà territoriali in cui si inserisce. Tant'è che l'articolo fa espresso riferimento alla *“compatibilità con le risorse regionali disponibili, e alla possibilità che si attuino anche programmi integrativi locali laddove ne sorga l'esigenza.*

Quindi, il concetto è direttamente connesso ad una logica che mira a rafforzare la necessità di garantire un livello di efficienza minima dell'erogatore del servizio rispetto al fabbisogno ed alla programmazione Regionale e alle risorse disponibili.

E', in sostanza, l'indicazione di una sorta di patto di sinergia che viene stabilito tra quello che è il ruolo della Regione quale ente preposto all'accreditamento - e dunque alla gestione della finanza pubblica da erogare agli accreditati - e l'organizzazione ed efficienza che a fronte di tale erogazione la struttura – pubblica o privata che sia – è tenuta a corrispondere.

La valutazione da compiere - dice la norma - è sulla rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale (inclusa la possibilità di accreditare quantità in eccesso rispetto a quanto programmato, stimolando la competizione tra le strutture). Le strutture rispondono al fabbisogno e alla programmazione che la Regione ha considerato e pianificato? Sono competitive tra loro rispetto ad una eccedenza di richiesta e quindi ad un aumento delle quantità accreditabili ?

Una logica coerente con lo spirito della modifica – sopra accennato - che più che indurre verso un'interpretazione che vorrebbe assegnare a tale concetto (soglia minima di efficienza) un valore discriminante (in termini di numero di prestazioni erogate nell'anno) tra la piccola e la grande struttura , considera piuttosto che il lavoro efficiente, remunerativo ed addirittura anche concorrenziale, com'è giusto che sia, vada supportato da una soglia minima di efficienza da assegnare come budget minimo anche in termini di redditività e quindi anche di capacità di crescita, di investimento, di ricerca e in definitiva di servizio che la struttura stessa è in grado di offrire alla sua comunità.

La prospettiva utilitaristica ed egoistica da cui parte chi vuole invece ridurre tale concetto ad elemento discriminante tra le strutture, per stabilire una sorta di confine tra chi è dentro e chi è fuori, non solo tradisce l'evidente interesse economico che si cela dietro all'accentramento del servizio delle prestazioni di laboratorio privato in poche grosse strutture e quindi la sostanziale monopolizzazione del mercato, ma anche l'assoluta miopia di una tale prospettiva in termini di interesse pubblico e collettivo, perché significherebbe smantellare un servizio sanitario di prossimità al paziente, capillare ed efficiente su tutto il territorio.

Peraltro, la presenza dell'operatore economico privato, ove ammessa, non può essere sottoposta a limitazioni all'accesso che non siano quelle preordinate alla verifica di compatibilità con l'interesse pubblico sottostante, oltre che con le esigenze della finanza pubblica. E l'interesse pubblico non è certamente quello di disagiare un servizio sottraendolo al territorio e provocando inevitabili conseguenze sul piano occupazionale, quanto piuttosto quello di efficientarlo e renderlo produttivo.

**Le linee Guida Ministeriali** – Alle previsioni contenute nella finanziaria del 2007 ed alla legge 133/2008 hanno fatto seguito le Linee Guida Ministeriali – predisposte dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - e conseguentemente l'Accordo Stato-Regioni, che sia pure nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, con particolare riguardo al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha fissato ed indicato i criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio.

Ora, anche in questo caso, la logica cui è informata l'attività compiuta nelle Linee Guida è quella di promuovere l'adozione di strumenti di governo dell'attività di diagnostica di laboratorio per garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate e contemporaneamente incrementare l'efficienza delle strutture e l'uso ottimale delle risorse. Ritenere che tutto ciò riguardi anche il settore Privato è però un'operazione intellettualmente non giustificabile. Nei criteri per la riorganizzazione della rete l'Agenas parla di superamento delle frammentazioni per garantire la qualità delle prestazioni.

Ebbene, in che modo la frammentazione – intesa, dice l'Agenas, come aumento della tipologia e complessità dei test di laboratorio e finanche delle metodiche utilizzate – influisca o influenzi la qualità è concetto di assai difficile comprensione. E lo è certamente di più se lo si consideri con riferimento al settore Privato. Difatti, mentre per il Settore Pubblico la frammentazione delle prestazioni può essere causa di sprechi ed inefficienze, per la conseguente necessità della ripetizione dell'esame, nel settore privato l'efficienza della prestazione è garantita oltre che dai controlli di qualità interni ed esterni obbligatori, dalla certificazione di qualità della struttura, dalla necessaria e preventiva razionalizzazione delle risorse, che non può ammettere sprechi, anche e soprattutto dalla necessità di non perdere la stima e la fiducia dei pazienti e dei medici i quali hanno bisogno nel più breve tempo possibile e con la massima precisione di avere risultati ormai fondamentali per la loro attività diagnostica e terapeutica. Il governo ed il controllo delle prestazioni rispetto all'attività delle strutture private, semmai, vista la possibilità fornita dall'informatizzazione, va svolto a monte, ovvero nella fase della richiesta della prestazione e non certamente in quello della esecuzione, laddove le metodiche sono scientifiche, certificate e verificate.

**Il ruolo delle Regioni rispetto alle indicazioni contenute nelle Linee Guida** - L'accordo Stato-Regioni che recepisce i "criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio", di cui si è appena detto sopra, dichiara di mantenere ferma l'autonomia delle Regioni alla traduzione operativa di tali criteri nei propri territori, anche in funzione delle varie specificità e variabili locali (ricchezza pro capite, esistenza di strutture accreditate ed operative, orografia, vie di comunicazione etc.).

Quindi, il Ministero e la Conferenza delle Regioni, pur non obbligando le Regioni ad adottare decreti imposti dall'alto, emanano e recepiscono, come in questo caso, linee d'indirizzo che possono essere valutate confacenti o meno ai relativi comparti (pubblico e privato) e alle specifiche situazioni locali.

Ma in effetti il ruolo del Ministero sarebbe anche ben altro, in questo contesto, poiché nella qualità di supervisore e controllore del buon andamento e dell'attuazione e validità dei programmi sanitari regionali, dovrebbe piuttosto rilevare gli elementi di pregiudizio alla fruizione dei servizi destinati alla tutela della salute pubblica, che potessero derivare da atti e/o regolamenti regionali; stimolando una tavola di approfondimento maggiormente condivisibile da tutte le parti in causa, magari con la dovuta partecipazione dell'Istituto e del Consiglio Superiore di Sanità che non risultano in alcun modo coinvolti da tutta l'attività fin qui compiuta sulla questione delle reti obbligatoria e sui criteri di efficienza e qualità cui essa sarebbe ispirata.

Invece, allo stato degli atti, il Ministero, partendo dalla previsione contenuta nella legge finanziaria - che parlava di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine incrementarne l'efficienza - e, dunque, la capacità di azione o di produzione con il minimo scarto di spesa, risorse e tempo (perché questo è il significato di "efficienza") - sulla scorta di una "equivoca" e certamente involontaria interpretazione che evidentemente finisce per diventare di parte e a tutela di posizioni e gruppi di potere che hanno tutto l'interesse di accentrare in poche mani il servizio delle prestazioni di laboratorio, ha prodotto i cd. Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio. Criteri che sono stati elaborati evidentemente a sostegno di tale tipo di progettualità, senza essere tuttavia supportati da adeguati studi indipendenti ed approfondimenti sulla *ratio* della norma contenuta nella finanziaria, sulla logica del concetto di efficienza riferibile al settore Privato, sulla definizione oggettiva del concetto di qualità della prestazione, che, invece, è stato in modo del tutto inopportuno parametrato e definito secondo criteri quantitativi e soglie minime di prestazione (intese, erroneamente, come numero minimo di prestazioni nell'anno).

Non v'è chi non veda allora che tutto questo processo è assolutamente forviante, parziale e decisamente lobbistico, poiché non c'è dubbio che l'efficienza e la qualità nel settore privato sono già state disciplinate e costituiscono già elemento discriminante tra una struttura accreditata - che ha quindi passato il vaglio dei suoi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi ed ulteriori - e una non accreditata.

L'efficienza intesa quale capacità di azione e produzione con il minimo scarto di spesa, risorse e tempo è già il principio informatore dell'attività d'impresa privata e certamente l'efficienza intesa come risparmio di denaro pubblico non la realizza la rete obbligatoria dei laboratori privati il cui unico risultato sarebbe solo di spostare le finanze della singola struttura nel portafoglio della struttura aggregante.

**Definizione di qualità delle prestazioni di medicina di laboratorio** - Nella logica di quello che è stato l'intento del Ministero, coadiuvato da alcune Associazioni di Categoria, mediante la predisposizione delle c.d. Linee Guida, si è dato accesso ad un concetto di "qualità della prestazione" assolutamente distorto e profondamente errato, sempre con le conseguenze di pervenire alla concretizzazione di un progetto il cui unico intento sembra quello di favorire poche grosse strutture private. Si è in sostanza ritenuto di creare l'equazione che vede ancorata la qualità della prestazione al numero delle stesse prodotte nell'unità di tempo. Facendo derivare da tutto ciò l'assurda previsione che una struttura che produca al di sotto di un certo numero minimo di prestazioni all'anno non possa continuare a mantenere l'accreditamento e conseguentemente la sua indipendenza. Quale sia il criterio scientifico che supporti tale speculazione non è comprensibile e non è in effetti rinvenibile. Peraltro, sotto questo profilo, non può che stigmatizzarsi l'assenza del benché minimo intervento e/o parere in proposito dell'Istituto Superiore di Sanità, forse unico organo fondatamente consultabile da parte del Ministero (a cui lo stesso dovrebbe auspicabilmente

fare riferimento, nella fattispecie in generale e nella specifica questione della qualità delle prestazioni):  
Come si misura e da cosa è data la qualità?

Invero, la qualità in un laboratorio di analisi cliniche è un insieme di variabili armonizzate. Essa è fondamentalmente il risultato misurabile di verifiche analitiche interne ed esterne, percorsi formativi, applicazione di protocolli, know-how, esperienza, affiatamento del gruppo di lavoro e soprattutto (qualcosa di più scientifico ....). Questo è quello che dice la letteratura di settore.

Come risaputo, infatti, la qualità è un valore misurabile ed i laboratori la esprimono quotidianamente e periodicamente, e voler subordinare il concetto di qualità al numero di prestazioni erogate nell'anno espone ad una pericolosa deriva ideologica che assume nel dato numerico la garanzia di qualità di altri numeri, indipendentemente dal paziente, dal quesito diagnostico e dal rapporto sempre più essenziale tra il clinico ed il laboratorista per la definizione e risoluzione del quesito diagnostico nel più breve tempo possibile, o il monitoraggio altrettanto urgente di terapie mediche ad alto rischio di complicanze fatali.

**Libertà di scelta del cittadino- utente** - In una visione di accentramento della diagnostica di laboratorio in poche strutture sul territorio, si riduce drasticamente il diritto sancito dalla legge di libera scelta del cittadino riguardo a dove eseguire gli esami di laboratorio.

Con la creazione di mega strutture (esamifici), gli utenti vengono privati del laboratorio di prossimità in grado di fornire qualificata ed esperta erogazione di prestazioni, con tempistiche, specie per alcune tipologie di esami, insostituibili; costringendo il paziente che necessita di esami attendibili ed urgenti a spostarsi di parecchi chilometri, aumentandone quindi i disagi ed i costi, quando, addirittura, non ne venga di fatto negato il diritto, come nel caso di chi non ha le possibilità economiche per spostarsi.

**E tutto ciò, si ribadisce, senza alcun risparmio per l'Erario!!**

**Effetti e ricadute delle reti obbligatori** - Le scriventi Associazioni di Categoria regionali, che stanno raccogliendo in tutt'Italia le opinioni sia dei colleghi che delle altre Associazioni di tutela dei diritti dei cittadini, vogliono porre l'attenzione sulle conseguenze socio economiche oltre che sanitarie, di una riorganizzazione obbligatoria delle strutture private sia in forma di punti prelievo che di strutture associate all'interno di contratti di rete non facoltativi (in Calabria la maggioranza assoluta dei colleghi accreditati si è già tangibilmente espressa contraria a qualsiasi forma di rete obbligatoria, indipendentemente dall'appartenenza ad Associazioni nelle quali le dirigenze dichiarano invece di dividerne la necessità della stessa).

Ebbene, in seguito all'eventuale obbligo di riduzione a punti prelievo di più dell'80% delle strutture private accreditate, si calcola che l'impatto irreversibile sarebbe la perdita di oltre 8.000 unità lavorative.

Ciò senza contare le cifre relative all'indotto tra fornitori specializzati di reagenti e macchinari, generici di cancelleria e prodotti per l'ufficio.

Quindi senza alcun beneficio per le comunità, specie nel mezzogiorno, dove i tassi di disoccupazione sono già a livelli record, si attuerebbe un detrimento consistente ed insensato di realtà economiche locali e regionali, senza il minimo ritorno economico per la spesa pubblica, né per alcun soggetto al di fuori di pochi colleghi o cordate di imprenditori, anche esteri, pronti a succhiare altra linfa vitale dal territorio nazionale spostandola oltre confine.

Se può ammettersi che per arretratezza tecnologica o di know-how si debba ricorrere a specialisti oltre confine (regione), non si può tuttavia accettare che, per un errore di valutazione e/o interpretazione delle norme e delle logiche che devono assistere qualunque provvedimento di riforma o di intervento in un dato settore, interi stanziamenti pubblici destinati alla spesa per l'assistenza sanitaria siano messe nelle mani di pochi grandi gruppi interni o anche esteri, dove il paziente perde di fatto la sua centralità e dove il suo stesso diritto alla salute e all'assistenza di prossimità verrebbe certamente meno. E tutto ciò snaturando un sistema sanitario appositamente creato per sopperire ai bisogni di salute delle nostre comunità e che dovrebbe garantire la gestione unitaria della tutela della salute sull'intero territorio nazionale.

**Non v'è chi non veda come ciò sia totalmente incomprensibile, ingiusto e politicamente deleterio.**

**Strumenti normativi per la libera aggregazione** – Nell'ottica di quella che è la proposta del ns. raggruppamento, è opportuno precisare che sebbene nessuno degli strumenti attualmente esistenti nell'ordinamento italiano (consorzi, Ati, contratti di rete o reti d'impresa etc.) risulti adatto a sostenere efficacemente l'ambito della diagnostica di laboratorio e della materia sanitaria più in generale, è tuttavia verso tale approfondimento che occorrerebbe andare.

Le strutture di laboratorio, difatti, per i vari motivi di cui si è a conoscenza (codice di accreditamento e flussi informativi, dotazioni e tipologia di personale e strutture etc.), necessiterebbero di strumenti legislativi flessibili ed in grado di dare garanzia di esercizio, ma anche di utilizzo per gli utenti, nell'ottica di favorire per un verso un'aggregazione funzionale all'ottimizzazione delle risorse, e per l'altro la fruibilità di un servizio che deve restare prossimo al paziente. Certamente andrebbero dedicati degli spazi di studio per addivenire a modelli idonei e condivisibili.

**Considerazioni finali** - Ebbene, a conclusione di quanto fin qui esposto ed argomentato, appare di tutta evidenza che senza alcun fondato motivo d'interesse pubblico si stia tentando di imporre alle strutture private accreditate una ristrutturazione obbligata che porterà alla sostanziale uscita di circa l'80% delle stesse, costrette a ridursi a semplici punti prelievo, del tutto succubi della gestione di pochi soggetti imprenditoriali, privando i cittadini della libertà di scelta e di servizi sanitari efficaci e di prossimità, perdendo migliaia di posti di lavoro, senza ottenere alcun risparmio per le finanze pubbliche.

**Tale tipo di volontà, a parere di chi scrive, rappresenta un vero e proprio abuso di potere laddove essa vorrebbe imporre al privato accreditato** - che fin qui e al di là delle sue dimensioni è stato costretto a dotarsi di tutta una serie di requisiti, che è stato controllato e verificato rispetto alla sussistenza di tali requisiti per l'accreditamento, ed è stato sottoposto a tetti di spesa e budget che ne hanno condizionato in tutti i modi la sua capacità produttiva – la costituzione obbligatoria in rete e la sua sostanziale riduzione a semplice punto prelievo, ove il numero delle sue prestazioni annue non sia superiore alle 200.000. E questo vuol dire arrogarsi il diritto di smantellare l'attività privata di professionisti mandando all'aria anni di lavoro e di investimenti personali. Un abuso ingiustificato che un sistema che pretende di definirsi liberale e democratico non può esercitare, anche perché nella prospettiva generale di questa manovra gli effetti sul sistema sanitario e sul servizio ai cittadini saranno peggiorativi in termini di qualità e di quantità.

Una cosa è infatti l'applicazione di una legge finanziaria che produca effetti di risparmio sulla spesa sanitaria, altra cosa è invece promuovere una vera e propria azione di riforma del sistema sanitario che stravolga il ruolo del privato e penalizza la fruibilità del servizio sanitario ai cittadini, pur in assenza di una effettiva legge di riforma o comunque di una chiara scelta del Legislatore in questo senso.

Che sia necessario avviare un lavoro di riordino del settore attraverso lo studio dei costi di produzione, la determinazione di tariffe adeguate, l'applicazione generalizzata di controlli di qualità e di verifica dell'efficienza, combattendo sprechi e inadeguatezze, presenti nel Settore pubblico, secondo una visione che vada nel senso del miglioramento e del recupero di efficienza del sistema in generale, è giusto e legittimo.

Ma questo non può voler dire che si adottino provvedimenti impositivi che di punto in bianco cancellino l'attività delle imprese private, quanto piuttosto che si fissino regole, costi, tariffe sui quali il privato accreditato (ma anche e soprattutto la struttura pubblica) sia chiamato a confrontarsi, stabilendo liberamente, da sé, se è in grado di continuare a prestare la sua attività o se si rende opportuno piuttosto riconfigurare la sua impresa mediante aggregazioni con altre strutture ai fini di una più produttiva gestione dei costi e in definitiva del servizio che va ad offrire.

La volontà fin qui espressa di costringere le strutture private accreditate, al di sotto di una certa soglia numerica delle prestazioni annue è davvero illegittima e tutto ciò appare ancora più incomprensibile se si considera che negli ultimi 4 anni a spingere verso tali nefaste ed inutili riorganizzazioni per il settore privato sono proprio ed inspiegabilmente alcune Associazioni di Categoria che anziché cercare di tutelare i diritti dei propri iscritti e conseguentemente dei cittadini e dei lavoratori, sono arrivati addirittura a costituirsi *ad opponendum* nei ricorsi al Tar promossi da altre Associazioni di Categoria contrarie alla rete.

Ed è per questa singolare particolarità, unitamente alla loro partecipazione alla stesura delle linee guida ministeriali – che hanno stravolto il concetto di soglia minima di efficienza e introdotto arbitrariamente il numero minimo di prestazioni annuo - che la presente memoria verrà inviata per conoscenza all'ANAC ed all'AGCM per eventuali rilievi d'ufficio.

\*\*\*\*

In relazione a tutto quanto sinteticamente esposto, l'Assipa, unitamente a Lanap Puglia rappresentata dalla Dr.ssa Irene De Lucia, Realtà Biomedica Lazio rappresentata dal Dr. Paolo Madonna, Asilab Sicilia rappresentata dal Dr. Piero Maiorca, formulano le seguenti Richieste al Ministero:

1. Revisione ed eliminazione dalle linee guida ministeriali, adottate dalla Conferenza Stato Regioni nel marzo 2011, della indicazione di numero minimo di prestazioni per il comparto privato;
2. Previsione e riconoscimento di un modello aggregativo libero e facoltativo risultante da un *iter* condiviso dalla maggioranza delle parti in causa e di concerto con le Associazioni di Categoria nazionali e regionali oggi presenti e/o rappresentate; auspicando che la rappresentatività sia riconosciuta anche a chi sostiene una tesi contraria, ma legittima, rispetto alla maggioranza delle altre associazioni.
3. Congelamento e/o sospensione delle procedure di rete obbligatoria già avviate mediante **urgente** apposita indicazione in questo senso ai Governatori di tutte le Regioni nelle quali siano in corso attività e/o provvedimenti attuativi della Rete Obbligatoria che minacciano inutilmente i lavoratori del comparto privato accreditato o che mettano inopportuno a rischio lo *status* di soggetto accreditato della Struttura in presenza dei requisiti previsti per l'accreditamento, già verificati.
4. In ultimo, ma non perchè meno importante, chiediamo al all'On. Ministro Beatrice Lorenzin che eserciti le prerogative d'autorità affinché la Commissione per le tariffe proceda speditamente e completi l'incarico assegnatole di determinazione attualizzata delle tariffe in funzione degli effettivi costi di produzione, segnalando di considerare che nel calcolare i costi di produzione delle singole



prestazioni bisogna tenere anche in considerazione alcune variabili come le aree geografiche, la densità ed il numero assoluto di popolazione, le vie di comunicazione ed ogni altro elemento che rende il costo della prestazione oggettivamente diverso a seconda delle stesse regioni considerate .

Inoltre, nelle more di tutto ciò, vista l'inattesa proroga sul termine che la predetta Commissione aveva avuto per ridefinire le nuove tariffe, considerato che mantenere *sine die* quelle attuali significa mettere a serio pregiudizio le stesse strutture che potrebbero non raggiungere in buona parte nemmeno adeguati guadagni, col rischio di intempestivi licenziamenti, si chiede che il Ministro disponga che le Regioni, compatibilmente con le proprie programmazioni di bilancio (e con gli obiettivi del piano di rientro per quelle ad esso sottoposte), possano riadottare le proprie tariffe precedenti al DM 18-10-2012.

Tale ulteriore richiesta è un appello alla responsabilità politica del Governo che non deve permettere a pastoie ed inefficienze burocratiche di danneggiare, forse irreversibilmente, un sano ed utile comparto produttivo.

\*\*\*\*

Pertanto, confidando nella valutazione attenta di tutto quanto fin qui esposto e nel riscontro favorevole e tempestivo, si porgono distinti saluti.

**Locri, Bari, Roma, Palermo, 28 gennaio 2015**

Per Assipa il Presidente Dr. Francesco Galasso

Per Lanap la Presidente Dr.ssa Irene De Lucia

Per Realtà Biomedica il Presidente Paolo Madonna

Per Asilab il Presidente p-t Dr. Piero Maiorca