

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 marzo 2019, n. 503

DGR n. 736 del 16/05/2017 “Riorganizzazione della Rete dei Laboratori di Patologia clinica privati accreditati - Approvazione nuovo modello organizzativo” - Integrazione DGR n. 25 del 12/01/2018 – Nuove disposizioni per i modelli organizzativi B1 e B2.

Il Presidente, sulla base dell’istruttoria espletata dai Responsabili A.P., confermata dal Dirigente dello stesso Servizio e dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, riferisce quanto segue:

con DGR n. 482 del 28/3/2017, la Giunta Regionale definiva i criteri a cui le Aziende Sanitarie Locali dovevano attenersi per la definizione degli accordi contrattuali ex art 8 quinquies del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. con gli erogatori privati per la Patologia clinica.

con DGR n. 736 del 16/5/2017, la Giunta Regionale, in ossequio alle Linee guida di cui all’Accordo Conferenza Stato - Regioni (rep. atti 61/CSR) del 23/03/2011 - ha proceduto a riorganizzare la Rete dei laboratori di patologia clinica accreditati, prevedendo e disciplinando un nuovo modello organizzativo, finalizzato ad ottimizzare l’utilizzo delle risorse strumentali, garantendo gli standard di qualità ed efficacia delle prestazioni.

con la suddetta deliberazione n. 736/2017 la Giunta Regionale, al fine di mantenere lo status di soggetto accreditato e quindi di poter essere contrattualizzato, stabiliva l’obbligo per le strutture di aderire alle indicazioni all’Accordo Conferenza Stato -Regioni (rep. atti 61/CSR) del 23/03/2011, prevedendo n. 3 modelli di rete, fermo restando la possibilità di potersi organizzare in qualunque forma di aggregazione prevista dal codice civile (ATI, Consorzi, società, contratto di rete (cfr. circolare del Ministero della Salute n. 11669 del 16/4/2015).

nel processo di riorganizzazione sono state previste delle soglie minime di efficienza rappresentate dal valore di 100.000 prestazioni annue, alla data del 31/12/2017, nonché a regime, di 200.000 prestazioni annue alla data del 31.12.2018. Tali soglie di efficienza non si applicano alle strutture, che ne facciano espressa richiesta, ubicate in comuni appartenenti alle comunità montane geograficamente isolate e con rete viaria carente che comporta una distanza superiore a 30 Km.

In esecuzione della DGR n. 736/2017, con DGR n. 34 del 12/01/2018 si è proceduto ad integrare la DGR n. 482 del 28/3/2017 e con DGR n. 25 del 12/01/2018 a stabilire i nuovi criteri di ripartizione del sub-fondo di remunerazione della Patologia clinica ai fini dell’acquisto delle prestazioni sanitarie da strutture private accreditate.

A seguito della riunione del 06/11/2018 del Gruppo di lavoro regionale di cui alla DGR n. 2810 del 30/12/2014, si è reso necessario stabilire le nuove modalità di ripartizione delle risorse destinate all’acquisto di prestazioni sanitarie di Patologia clinica con riferimento al modello A), nonché di finanziamento del modelli B1) e B2) e dei settori specializzati.

Nel prendere atto delle proposte formulate e condivise nella seduta del 06/11/2018, come da verbale acquisito agli atti, si propone di:

- a) ai fini dell’attribuzione dei tetti di spesa per il quadriennio 2019-2022, limitatamente ai modelli B1) e B2), di confermare e cristallizzare i tetti di spesa assegnati ad ogni singola struttura nel corso dell’anno 2018 rapportati al valore della griglia dello stesso anno. Tali strutture seppur dotate di settori specializzati non concorrono alla ripartizione dei sub fondo destinato al settori specializzati. Pertanto, definito il valore economico destinato al modello B1) e B2), tale importo dovrà essere portato in detrazione dal sub-fondo destinato alla Patologia clinica che continuerà ad essere ripartito

tra gli erogatori configurati nel modello A) nel rispetto dei criteri previsti dalla DGR n. 25/2018 (35% al sub-fondo A) e 65% al sub-fondo B) al netto del valore economico delle prestazioni riconducibili ai settori specializzati, di cui al successivo punto c);

- b) La rete che opta per il modello B1 o modello B2 ha l'obbligo di mantenere inalterati i requisiti organizzativi nei limiti delle figure professionali autocertificati nella griglia compilata dalle strutture a valere per l'anno 2018 con i requisiti a valere nell'anno 2017. Tale obbligo è limitato al biennio 2019-2020. L'assolvimento del suddetto obbligo rimane in capo alle singole strutture aggregate, ovvero in subordine all'interno della rete. Per requisiti organizzativi si intendono quelli posseduti alla data del 31/12/2017 e rilevati dalla griglia allegata alla DGR n.25/2018. Inoltre, l'obbligo del mantenimento dei requisiti organizzativi non sussiste nei casi di collocamenti in quiescenza, dimissioni volontarie, cessazioni contrattuali di contratti a tempo determinato per naturale scadenza del termine dedotto in contratto, e risoluzioni consensuali, fermo restando il mantenimento dei requisiti organizzativi previsti dal R.R. n. 9/2018;
- c) All'interno dei modelli organizzativi definiti B1 e B2, oltre alla individuazione dell'Hub, gli altri siti dell'aggregazione, che assumono la funzione di "Punti di accesso", oltre ad effettuare i prelievi di esami da inviarsi alla struttura HUB dell'aggregazione, eseguono esami non differibili per necessità cliniche ovvero quando il TTAT sia più favorevole, assicurando comunque gli standard qualitativi richiesti. I punti di accesso non possono eseguire prestazioni per altri laboratori dell'aggregazione. Pertanto, come concordato nella seduta del 06/11/2018 di seguito si riporta l'elenco completo delle prestazioni eseguibili nei "Punti di accesso":

Emocromo	Sodio (Na)	Proteina C reattiva PCR	Beta HCG
Glicemia	Potassio (K)	VES	Spermiocoltura
Urea	Sideremia	Ammonio	Spermiogramma
Creatinemia	GOT	PT	Calcio (Ca)
Bilirubinemia totale e frazionata	GPT	PTT	Fosforo (P)
Colesterolo totale	Gamma GT	Esame urine	Creatina chinasi CK
Colesterolo HDL	Fosfatasi alcalina ALP	Urinocoltura	Creatina chinasi CK-MB
Colesterolo LDL	Uricemia	Tampone faringeo	Troponina

- d) procedere a determinare il volume economico delle prestazioni riconducibili ai settori specializzati non ricomprese tra le prestazioni erogate all'interno del laboratorio di base ancorché contrassegnate ed elencate nella colonna X-plus. A tale riguardo, per il tramite della società Exprivia che gestisce il sistema NSISR, saranno forniti alle AA.SS.LL un tabulato generale ed un tabulato distinto per ogni singola struttura con l'indicazione delle prestazioni e del relativo codice riconducibile ai settori specializzati. Le Aziende sanitarie dopo aver acquisito detti tabulati dovranno costituire un sub fondo che dovrà essere portato in detrazione dal fondo di branca della patologia clinica. I valori economici così determinati, ai netto di quanto fatturato dalle strutture per 1 settori specializzati ed eventualmente confluite nei modelli B1 e B2 (se presenti), non concorrono alla assegnazione delle risorse secondo la valorizzazione della DGR n. 25 del 12/1/2018, ma dovranno essere riassegnati alle strutture che l'hanno generato, in possesso dei settori specializzati, in relazione alle prestazioni erogate per la stessa tipologia. Le risorse così assegnate con la relativa causale rimangono vincolate sia in termini di volume economico che di tipologia, senza alcuna possibilità di scorrimento verso altre prestazioni di laboratorio di base o di altro settore specializzato di cui al nomenclatore recepito con DGR n. 25/2018, né tantomeno all'interno delle aggregazioni se trattasi di modello A). Le AA.SS.LL. dovranno comunque verificare il possesso, da parte delle strutture erogatrici, del titolo autorizzativo rilasciato secondo la normativa previgente (al 31.12.2010) per i settori specializzati a cui sono riconducibili le prestazioni di cui si discute. Qualora si dovessero riscontrare situazioni in cui i soggetti erogatori risultino sprovvisti del relativo titolo autorizzativo, ovvero del relativo

- aggiornamento per il/i settore/i di riferimento, ai sensi del R.R. n. 9/2018, i valori economici così determinati rientrano nel fondo unico di assegnazione secondo le previsioni di cui alla DGR n. 25 del 12/1/2018 (35% al sub-fondo A) e 65% al sub-fondo B);
- e) autorizzare le AA.SS.LL, al fine della contrattualizzazione ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 a valere per l'anno 2019, a procedere a valorizzare le griglie ed acquistare volumi e tipologie di prestazioni riconducibili al "segmento X-plus", sulla base della autocertificazione rilasciata dal rappresentante legale della struttura ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, pur in assenza della relativa formalizzazione del provvedimento di accreditamento. Qualora le suddette dichiarazioni ex art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 dovessero risultare "non veritiere" in base agli esiti di successiva verifica, le strutture interessate saranno assoggettate all'iter previsto dall'art. 76 del suddetto D.P.R.;
- f) garantire all'interno del modello A) la circolarità delle prestazioni, indipendentemente dai livelli di accreditamento delle strutture aggregate (di base o di base con settori specializzati). Pertanto, la prescrizione di cui alla circolare prot. n. AOO_183/7796 del 30/05/2018 con specifico riferimento alla definizione del pannello unico all'interno dell'aggregazione, quale sommatoria dei sub-pannelli riconducibili alle singole strutture facenti parte dell'aggregazione, deve ritenersi superata. Il pannello delle prestazioni contrattualizzabile è rappresentato dal pannello dell'aggregazione.

COPERTURA FINANZIARIA L.r. 16/11/2011, n. 28/01 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n. 7/1997.

Il Presidente sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dai responsabili A.P., dal Dirigente del Servizio e dal Direttore della Sezione;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

DELIBERA

Di prendere atto delle premesse che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- Di confermare lo schema tipo di accordo contrattuale recepito con DGR n. 482 del 28/3/2017 come integrato dalla DGR n. 34/2018;
- Di stabilire, ad integrazione della DGR n. 25/2018, che la quota del fondo unico di remunerazione destinata al sub-fondo Patologia clinica dovrà essere ripartita secondo le prescrizioni di seguito elencate:
 - a) Preliminarmente, nelle AA.SS.LL. dove sono presenti i modelli B1) e B2), devono essere confermati e cristallizzati i tetti di spesa assegnati ad ogni singola struttura nel corso dell'anno 2018 rapportati al valore della griglia dello stesso anno. Tali strutture seppur dotate di settori specializzati non concorrono alla ripartizione del sub fondo destinato ai settori specializzati. Pertanto, definito il valore economico destinato ai modelli B1) e B2), tale importo dovrà essere portato in detrazione dal sub-fondo destinato alla Patologia clinica;

- b) La rete che opta per il modello B1 o modello B2 ha l'obbligo di mantenere inalterati i requisiti organizzativi nei limiti di tutte le figure professionali autocertificate nella griglia compilata dalle strutture nell'anno 2018 con i requisiti alla data del 31/12/2017. Tale obbligo è limitato al biennio 2019-2020. L'assolvimento dell'obbligo rimane in capo alle singole strutture aggregate, ovvero in subordine all'interno della rete. Per requisiti organizzativi si intendono quelli posseduti alla data del 31/12/2017 e rilevati dalla griglia allegata alla DGR n.25/2018. Inoltre, l'obbligo del mantenimento dei requisiti organizzativi non sussiste nei casi di collocamenti in quiescenza, dimissioni volontarie, cessazioni contrattuali di contratti a tempo determinato per naturale scadenza del termine dedotto in contratto, e risoluzioni consensuali, fermo restando il mantenimento dei requisiti organizzativi previsti dal R.R. n. 9/2018;
- c) Successivamente, le AA.SS.LL dovranno procedere a determinare il volume economico delle prestazioni riconducibili ai settori specializzati non ricomprese tra le prestazioni erogate all'interno del laboratorio di base ancorché contrassegnate ed elencate nella colonna X-plus, secondo i tabulati forniti dalla società Exprivia, che gestisce il sistema NSISR, con l'indicazione delle prestazioni e del relativo codice riconducibile ai settori specializzati. Le Aziende Sanitarie Locali, dopo aver acquisito detti tabulati, dovranno costituire un sub fondo che dovrà essere portato in detrazione dal fondo di branca della patologia clinica. I valori economici così determinati, al netto di quanto fatturato dalle strutture per i settori specializzati ed eventualmente confluite nei modelli B1 e B2 (se esistenti), non concorrono alla assegnazione delle risorse secondo la valorizzazione della DGR n. 25 del 12/1/2018, ma dovranno essere riassegnati alle strutture che l'hanno generato, in possesso dei settori specializzati, in relazione alle prestazioni erogate per la stessa tipologia. Le risorse così assegnate ad ogni singola struttura con la relativa causale rimangono vincolate sia in termini di volume economico che di tipologia, senza alcuna possibilità di scorrimento verso altre prestazioni di laboratorio di base o di altro settore specializzato di cui al nomenclatore recepito con DGR n. 25/2018, né tantomeno all'interno delle aggregazioni se trattasi di modello A). Le AA.SS.LL. dovranno comunque verificare il possesso, da parte delle strutture erogatrici, del titolo autorizzativo rilasciato secondo la normativa previgente (al 31.12.2010) per i settori specializzati a cui sono riconducibili le prestazioni di cui si discute. Qualora si dovessero riscontrare situazioni in cui i soggetti erogatori risultino sprovvisti del relativo titolo autorizzativo, ovvero del relativo aggiornamento per il/i settore/i di riferimento, ai sensi del R.R. n. 9/2018, i valori economici così determinati rientrano nel fondo unico di assegnazione secondo le previsioni di cui alla DGR n. 25 del 12/1/2018 riportate al successivo punto d);
- d) Stabilito il sub-fondo unico di branca, detratto il valore economico dei modelli B1 e B2 (punto a), detratto il valore economico dei settori specializzati (punto c), la restante quota dovrà essere suddivisa in due percentuali fra i soggetti aggregati secondo il modello A) ovvero fra le strutture che individualmente superano la soglia delle 200.000 prestazioni;
1. la prima pari al 35% (sub-fondo A) è attribuita agli erogatori privati accreditati in parti uguali tenuto conto del numero complessivo delle singole strutture accreditate e da contrattualizzare, a prescindere se siano confluite o meno in una aggregazione di cui alla DGR n. 736/2017;
 2. la seconda pari al 65% (sub-fondo B) è attribuita agli erogatori privati accreditati secondo la griglia di valutazione approvata con separato provvedimento da parte della Giunta regionale.
- A tale riguardo si precisa che il sub-fondo B è suddiviso in tre parti:
- il 30% attribuito con riferimento alla lettera a) della griglia;
 - il 50% attribuito con riferimento alla lettera b) della griglia;
 - il 20% attribuito con riferimento alle lettere c) e d) della griglia.

- e) Di autorizzare le AA.SS.LL., al fine della contrattualizzazione ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 a valere per l'anno 2019, a procedere a valorizzare le griglie ed acquistare volumi e tipologie di prestazioni riconducibili al "segmento X-plus", sulla base della autocertificazione rilasciata dal rappresentante legale della struttura ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, pur in assenza della relativa formalizzazione del provvedimento di accreditamento. Qualora le suddette dichiarazioni ex art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 dovessero risultare "non veritiere" in base agli esiti di successiva verifica, le strutture interessate saranno assoggettate all'iter previsto dall'art. 76 del suddetto D.P.R.;
- Di stabilire che all'Interno dei modelli organizzativi definiti B1 e B2, oltre alla individuazione dell'Hub, gli altri siti dell'aggregazione, che assumono la funzione di "Punti di accesso", oltre ad effettuare i prelievi di esami da inviarsi alla struttura HUB dell'aggregazione, eseguono esami non differibili per necessità cliniche ovvero quando il TTAT sia più favorevole, assicurando comunque gli standard qualitativi richiesti. I punti di accesso non possono eseguire prestazioni per altri laboratori dell'aggregazione. Pertanto, come concordato nella seduta del 06/11/2018 di seguito si riporta l'elenco completo delle prestazioni eseguibili nei "Punti di accesso":

Emocromo	Sodio (Na)	Proteina C reattiva PCR	Beta HCG
Glicemia	Potassio (K)	VES	Spermiocoltura
Urea	Sideremia	Ammonio	Spermiogramma
Creatinemia	GOT	PT	Calcio (Ca)
Bilirubinemia totale e frazionata	GPT	PTT	Fosforo (P)
Colesterolo totale	Gamma GT	Esame urine	Creatina chinasi CK
Colesterolo HDL	Fosfatasi alcalina ALP	Urinocoltura	Creatina chinasi CK-MB
Colesterolo LDL	Uricemia	Tampone faringeo	Troponina

- Di garantire all'interno del modello A) la circolarità delle prestazioni, indipendentemente dal livello di accreditamento delle strutture aggregate (di base o di base con settori specializzati). Pertanto, la prescrizione di cui alla circolare prot. n. AOO_183-7796 del 30/05/2018 con specifico riferimento alla definizione del pannello unico all'interno dell'aggregazione, quale sommatoria dei sub-pannelli riconducibili alle singole strutture facenti parte dell'aggregazione, deve ritenersi superata. Il pannello delle prestazioni contrattualizzabile è rappresentato dal pannello dell'aggregazione;
- Di confermare la previsione della DGR n. 34 del 12/01/2018 secondo la quale, in presenza di forme aggregative ai sensi della DGR n. 736/2017, i tetti di spesa attribuiti ad ogni singola struttura facente capo all'aggregazione - modello A) concorrono a determinare il tetto di spesa attribuito all'aggregazione ai fini della sottoscrizione dell'accordo contrattuale con la ASL;
- Di stabilire, inoltre, che limitatamente all'ambito dell'aggregazione costituitasi secondo il modello organizzativo A, di cui alla DGR n. 736/2017, eventuali somme rivenienti da mancato raggiungimento del tetto di spesa da parte di una singola struttura non possono essere utilizzate da altra struttura aderente alla medesima aggregazione; tanto si giustifica con la circostanza che il tetto di spesa assegnato alla singola struttura è rapportato al possesso dei requisiti previsti nella griglia di valutazione autocertificata dal singolo erogatore, ai sensi del DPR 445/2000. Tale prescrizione non si applica nei confronti delle aggregazioni configuratesi secondo il modello BI), in ragione del differente modello organizzativo;
- Di confermare la previsione della DGR n. 34 del 12/01/2018 secondo la quale, in ordine all'attivazione del "service di laboratorio", corre l'obbligo per la struttura/soggetto aggregatore di inoltrare alla competente ASL l'elenco degli esami eseguiti in house (distinti per struttura all'interno dell'aggregazione

con riferimento sia al modello A che al modello B) e l'elenco degli esami inviati in "service", unitamente alla indicazione del laboratorio/aggregazione effettuante il service;

- Di disporre che il presente atto sia notificato, a cura della Sezione SGO, a tutti i DD.GG. delle AA.SS.LL. con l'invito a voler informare tutti i soggetti erogatori privati accreditati;
- Di disporre la pubblicazione sul B.U.R.P. del presente atto

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO