

**CONFERENZA NAZIONALE SUI
DISPOSITIVI MEDICI:**

Attualità e Prospettive

**LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO
NELLE AZIENDE SANITARIE**

Roma 7 – 8 giugno 2007

A.Spanò



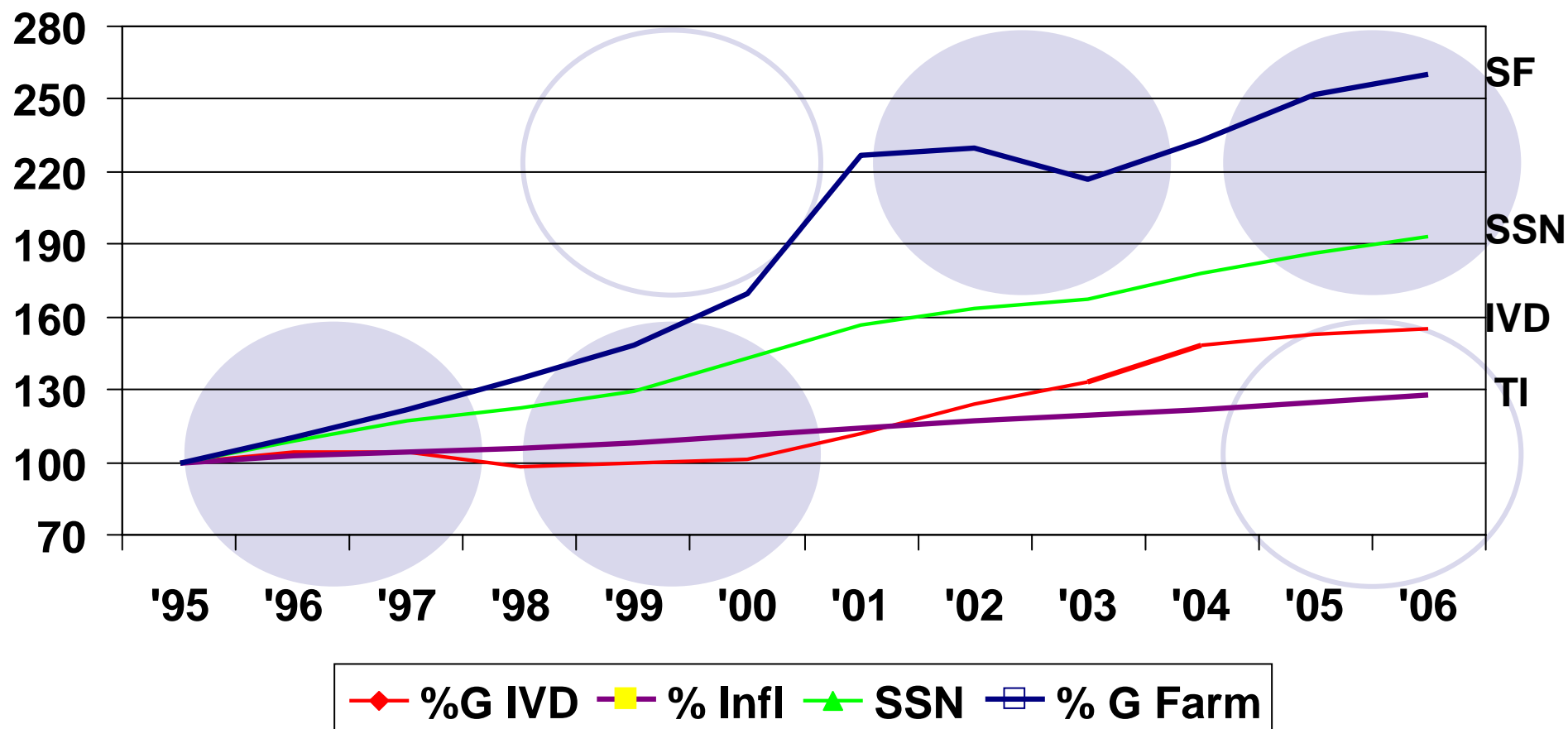
La medicina di Laboratorio oggi: processo in continua evoluzione

- La Medicina di Laboratorio è oggi percorsa da forti, e potenzialmente distruttive, tensioni al cambiamento in tutto il mondo occidentale.
La ragione principale è l'incremento continuo dei costi sanitari nelle società industrializzate.



Andamento spesa IVD in Italia

Confronto con spesa sanitaria, farmaceutica e tasso di inflazione



Spesa In Vitro Diagnostics 2006 = 1,279 miliardi € +2,3 Vs 2005



Il costo della Diagnostica di della ASL RMB

Costo d'esercizio d'azienda 2006

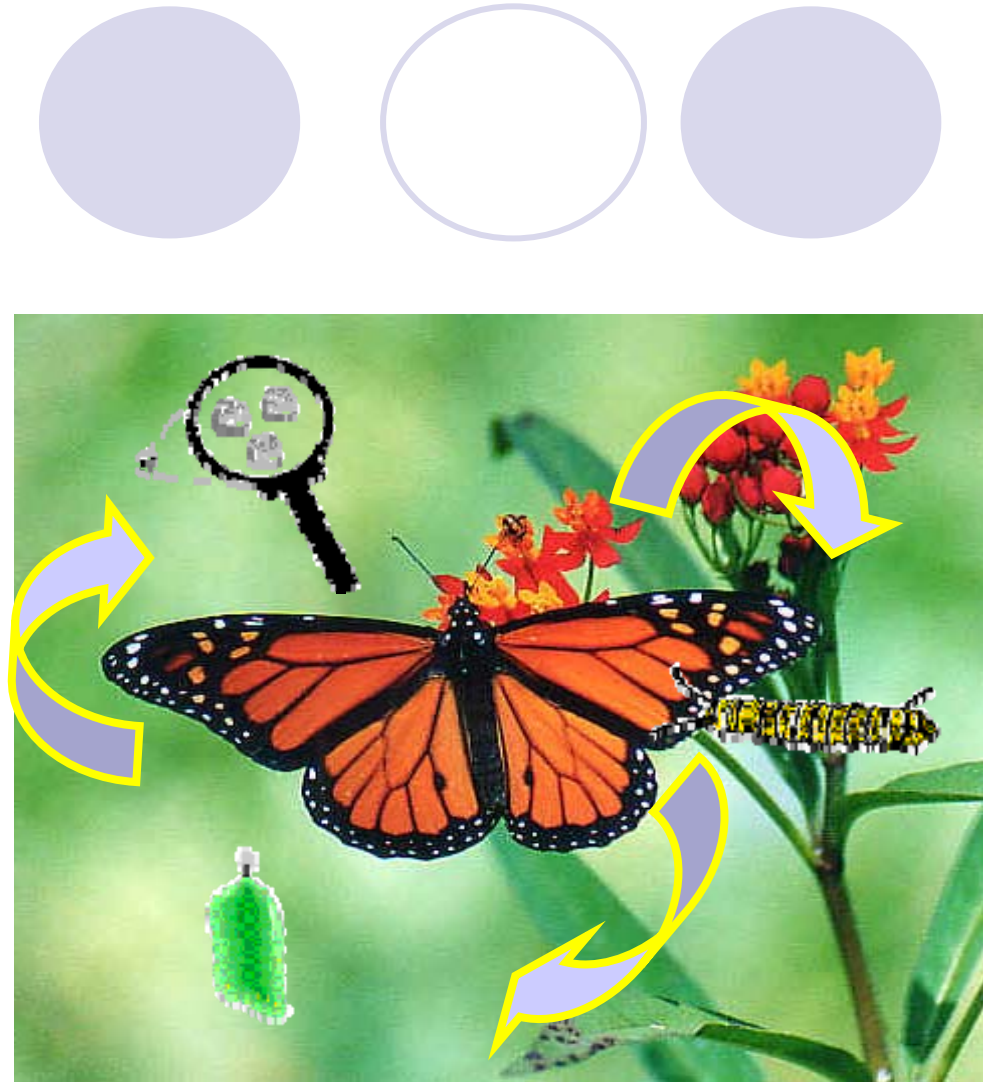
€ 1.270.000.000

**Costo della D.L. pubblica e privata
accreditata**

€ 21.000.000 pari allo 0,0165 %

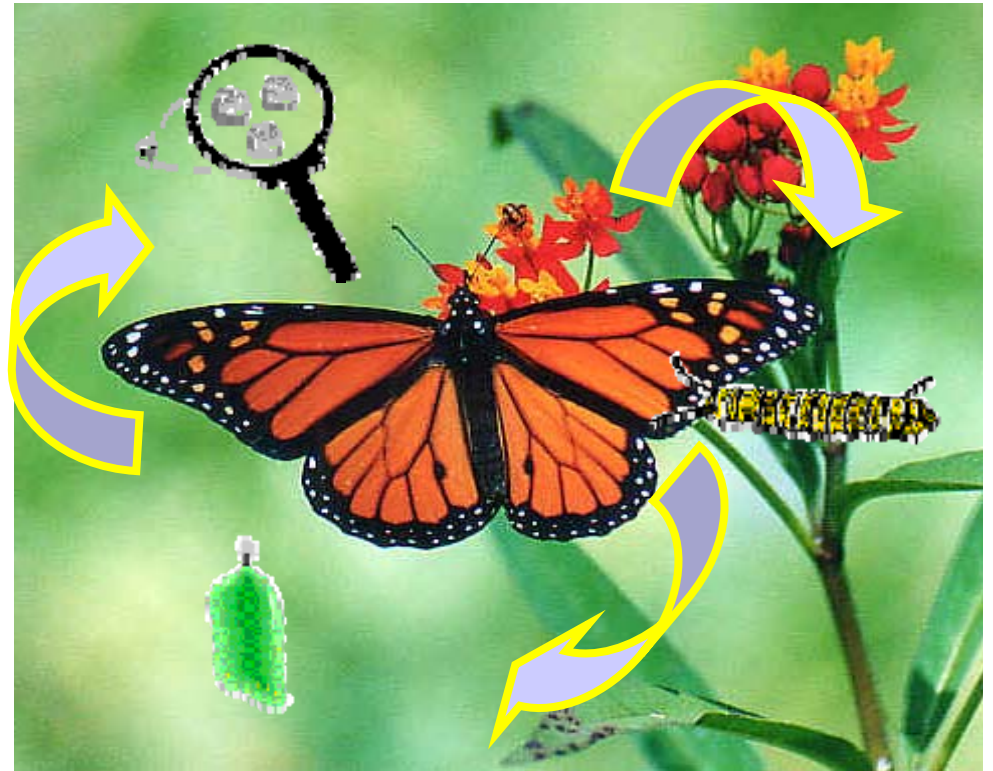
La diagnostica in vitro: informazione di valore per la diagnosi

- La diagnostica in vitro è il risultato di una delle più entusiasmanti applicazioni della scienza e della tecnologia, in grado di ricavare da un campione biologico umano informazioni affidabili, relative alla diagnosi dello stato di salute di un individuo.



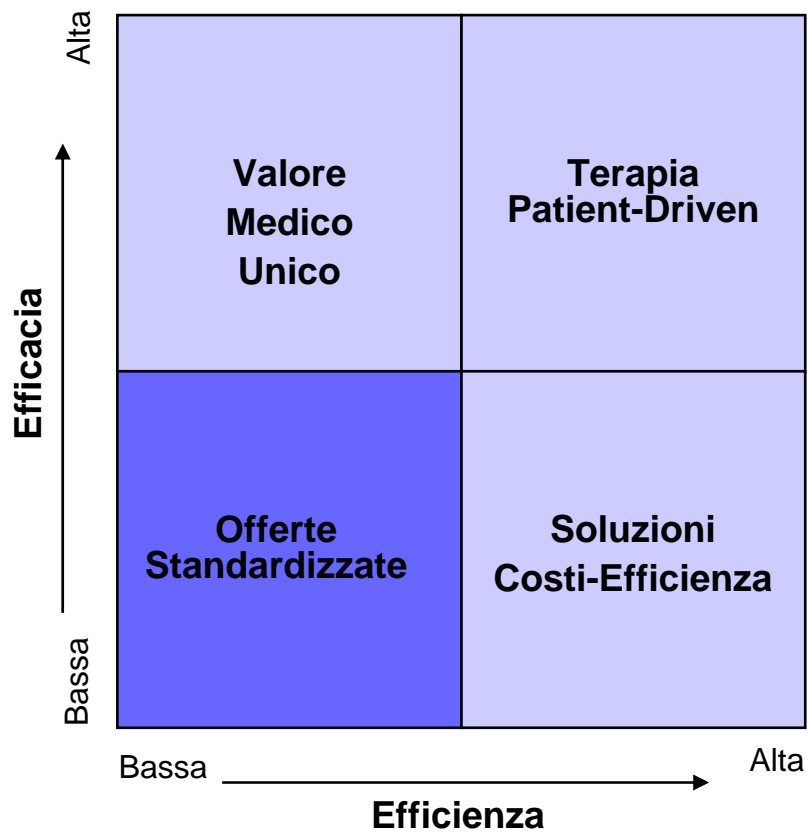
Considerato che la salute è un bene d'inestimabile valore, le informazioni utili per la diagnosi rappresentano un valore e non un costo.

Questi obiettivi sono ottenibili grazie alle attività di ricerca, sviluppo e supporto che le istituzioni e le imprese del settore realizzano. I risultati si materializzano nella disponibilità di sistemi diagnostici in vitro sempre più avanzati.



Futuro della Sanità

La nostra visione si focalizza su due macro aree :
efficienza ed efficacia



Creare soluzioni innovative che si focalizzano su :

1. Efficienza

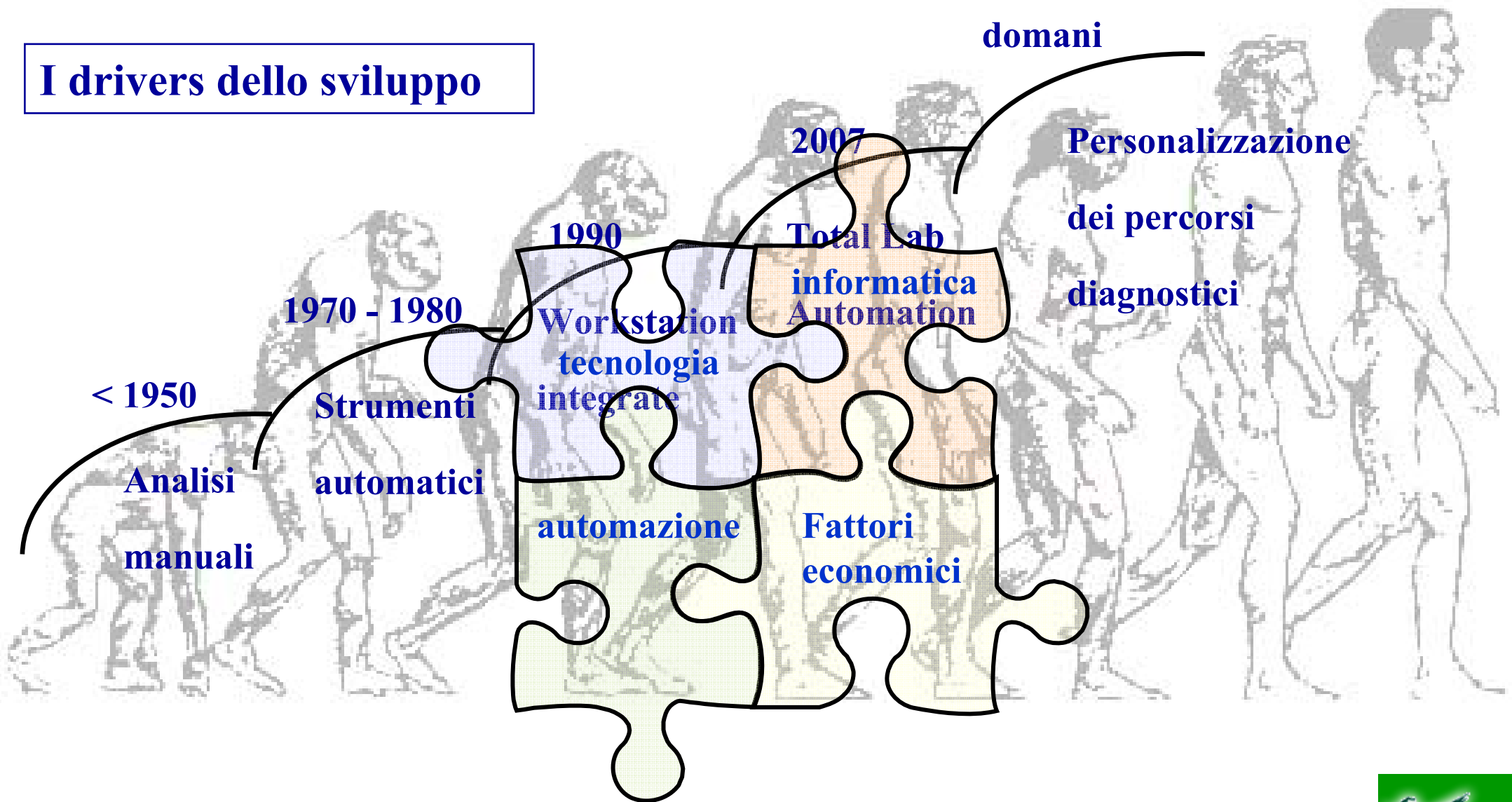
Soluzioni che coniugano il rapporto costo - benefici

2. Efficacia

Contribuire a migliorare l'efficacia delle decisioni mediche

Le "ere" del laboratorio

I drivers dello sviluppo



LE ODIERNE TECNOLOGIE

Total Lab Automation

automazione globale di tutti i processi analitici del laboratorio, che riguarda le fasi pre-analitica, analitica, e post-analitica;

Automazione per singole aree

automazione modulare per singole aree analitiche o “isole”. Ogni singola area prevede l’automazione delle fasi pre-analitica, analitica, e post-analitica.

L’impiego di stazioni analitiche consolidate consente di estendere “l’isola” a più settori analitici

LE ODIERNE TECNOLOGIE

Point Of Care Testing

mini sistemi per determinazioni di base (ad es. chimica clinica, emogas, ematologia) dirette a letto/casa del paziente ed in quanto tali definite “POCT” (“point-of-care testing”); da destinare all’emergenza (ovvero quando il risultato dell’esame serve immediatamente) ed in generale al di fuori del laboratorio (in sala operatoria, in ambulatorio, in corsia, al domicilio);

Self Monitoring

test eseguibili direttamente dal paziente (automonitoraggio, “self monitoring”, etc.)

Attività non automatizzate

settori manuali o solo parzialmente automatizzati (anatomia-citologia, batteriologia, parass.,etc.) .



LA TENDENZA ALLA CONCENTRAZIONE TRA I LABORATORI

**Innovazioni tecnologiche
e
Attenzione ai costi**

le opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica e le difficoltà di bilancio hanno causato una tendenza al consolidamento dei laboratori.

**Limiti min. e max
di produttività**

Le nuove tecnologie rendono antieconomiche dimensioni inferiori a certi livelli

Esistono, al contempo, limiti anche verso l'alto (ovvero oltre certi volumi di test).

LA TENDENZA ALLA CONCENTRAZIONE TRA I LABORATORI

Nord America

la "razionalizzazione", figlia della managed care, si esprime principalmente come centralizzazione (consolidation and regional network) e decentralizzazione (Point-of-care testing). Ma l'industrializzazione a basso costo, ottiene solo di frenare non di contrarre l'aumento dei costi. Infatti, poiché l'obiettivo è di espandere il "core business", il numero di test aumenta, annullando in breve l'abbattimento dei costi ottenuto dalla riduzione del costo unitario per prodotto.

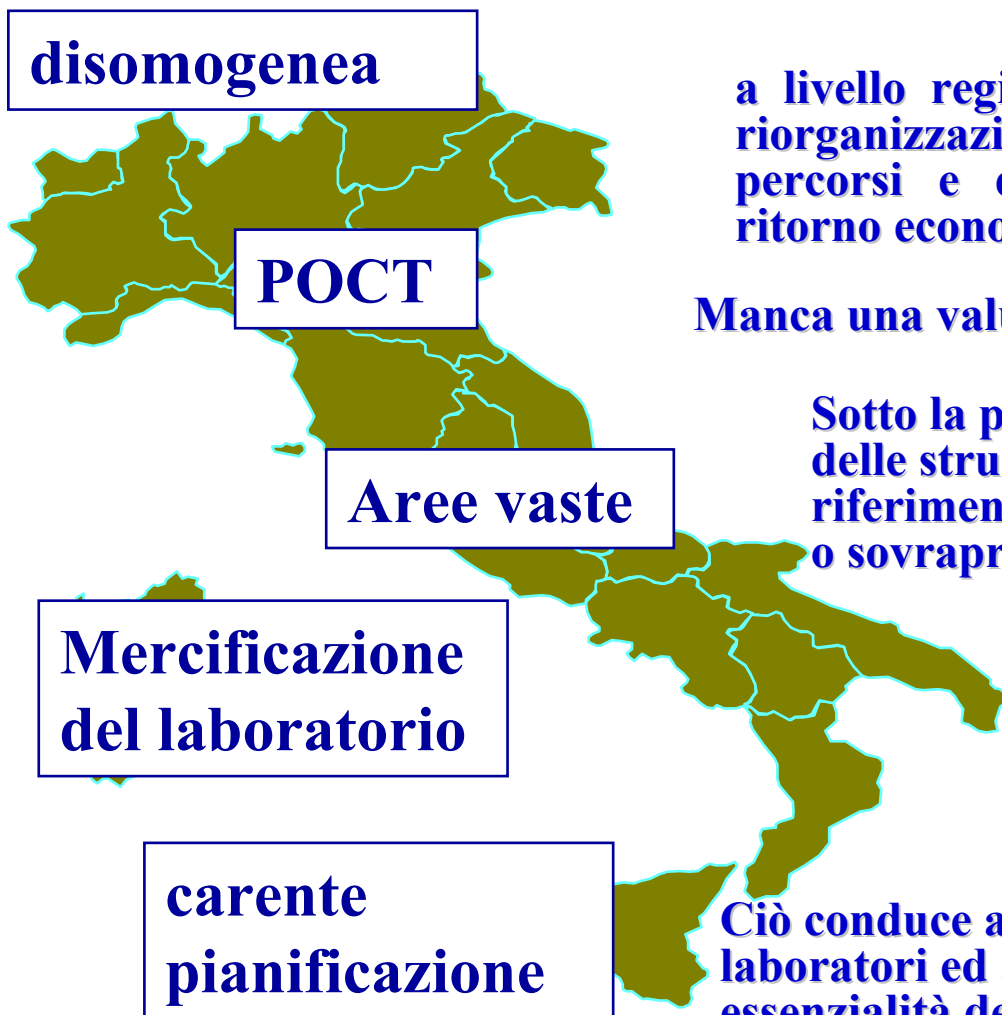
D'altra parte questa tipologia di intervento genera inappropriatazza per difetto, e quindi iniquità,

Managed network

L'altra strada si basa sulla centralità del paziente. La strutturazione è quella della rete gestita di servizi (managed network), con periferizzazione delle risposte rapide e centralizzazione dell'attività specialistiche ed unico governo della rete dei servizi forniti



La Situazione Italiana



a livello regionale ed interregionale rispetto alle ipotesi di riorganizzazione, ai modelli ed alle caratteristiche dei percorsi e dallo scarso approfondimento preventivo del ritorno economico (pay-back) degli interventi e di valutazioni

Manca una valutazioni dell'impatto economico reale dei POCT.

Sotto la pressione dei costi vi è una prospettiva di riduzione delle strutture per acuti e di semplificazione delle aree di riferimento dell'organizzazione (aree vaste) a livelli provinciali o sovraprovinciali e, per le regioni più piccole, regionali.

Anche se dichiarato esplicitamente solo da alcune regioni, vi è la generale percezione della risoluzione del rapporto cliente/fornitore in medicina di laboratorio a causa della tecnologia, che facilita i consolidamenti.

Ciò conduce al ridimensionamento del numero e del ruolo dei laboratori ed acuisce la percezione di lontananza e non essenzialità della disciplina rispetto alla cura del paziente.

La Situazione Italiana

disomogenea

POCT

Aree vaste

Mercificazione
del laboratorio

carente
pianificazione

IN CONCLUSIONE:

Vi è una scarsa consapevolezza della medicina di laboratorio, del suo potenziale sull'efficacia clinica e gestionale delle cure, intendendo l'appropriatezza non solo come "assenza di errori medici e di spreco di risorse" ma soprattutto come "decisione di efficacia clinica ed economica"

La Situazione Italiana

A livello nazionale coesistono situazioni estreme: si assiste a taluni progetti di concentrazione “forzata” (come in Emilia Romagna) mentre si stenta a razionalizzare laddove è oggettivamente più necessario.

- **Permangono numerosi ospedali e laboratori di piccole dimensioni, limitrofi, e “doppioni” gli uni degli altri (anche all’interno della medesima azienda/struttura sanitaria).**
- **L’OMS classifica come “piccolo” un laboratorio in grado di produrre 500.000-1.000.000 di test all’anno, “medio” uno in grado di produrne 2-3 milioni.**

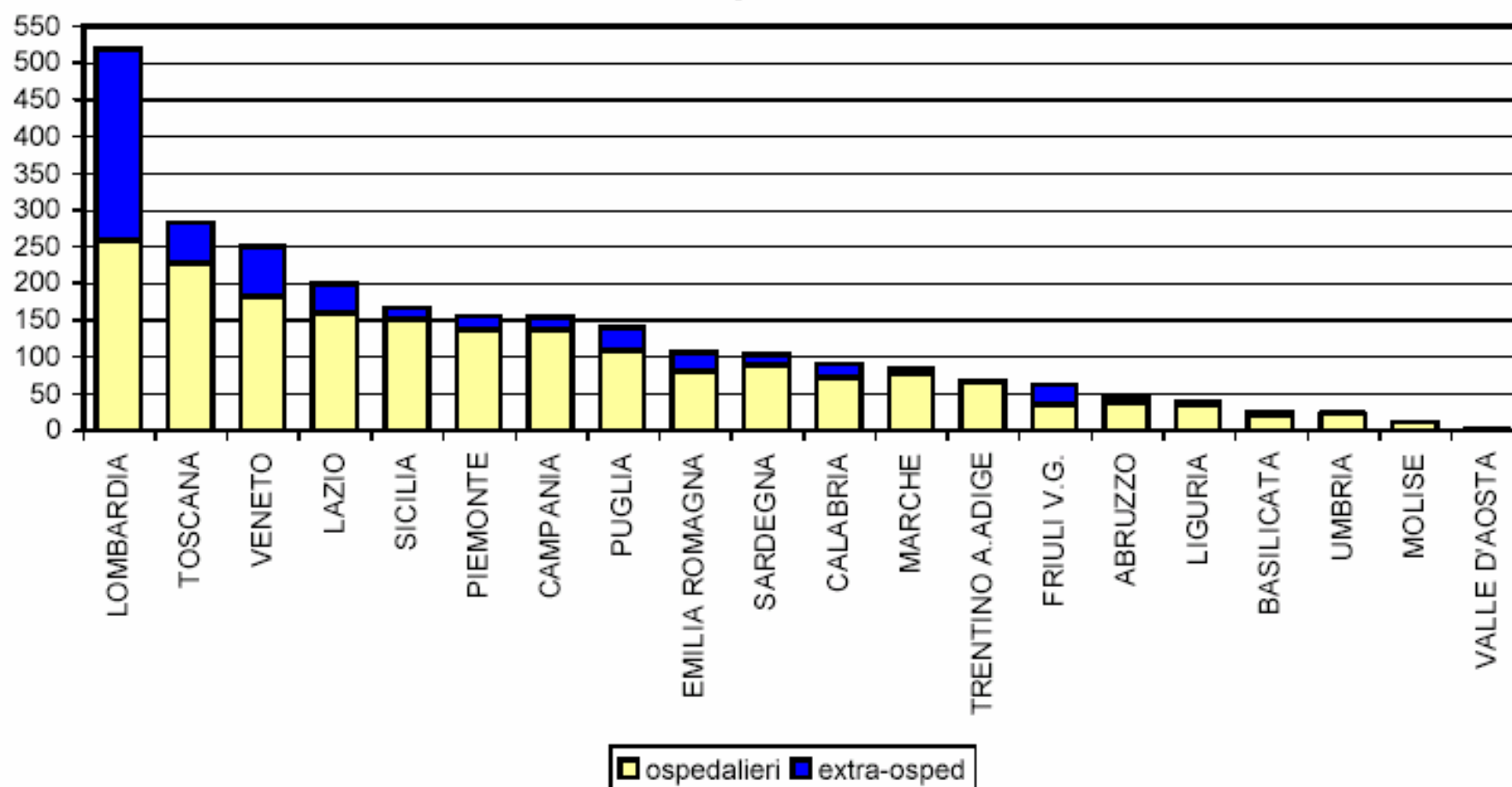
I Laboratori Privati

- Per quanto riguarda in particolare i laboratori privati, il fenomeno di concentrazione (o comunque di scomparsa dei più piccoli) potrà essere accelerato da:
- requisiti per l'accreditamento che implicino per la struttura investimenti che non si giustificano economicamente al di sotto di un determinato volume di attività.
- logiche di concorrenza con i laboratori pubblici.

Distribuzione laboratori pubblici

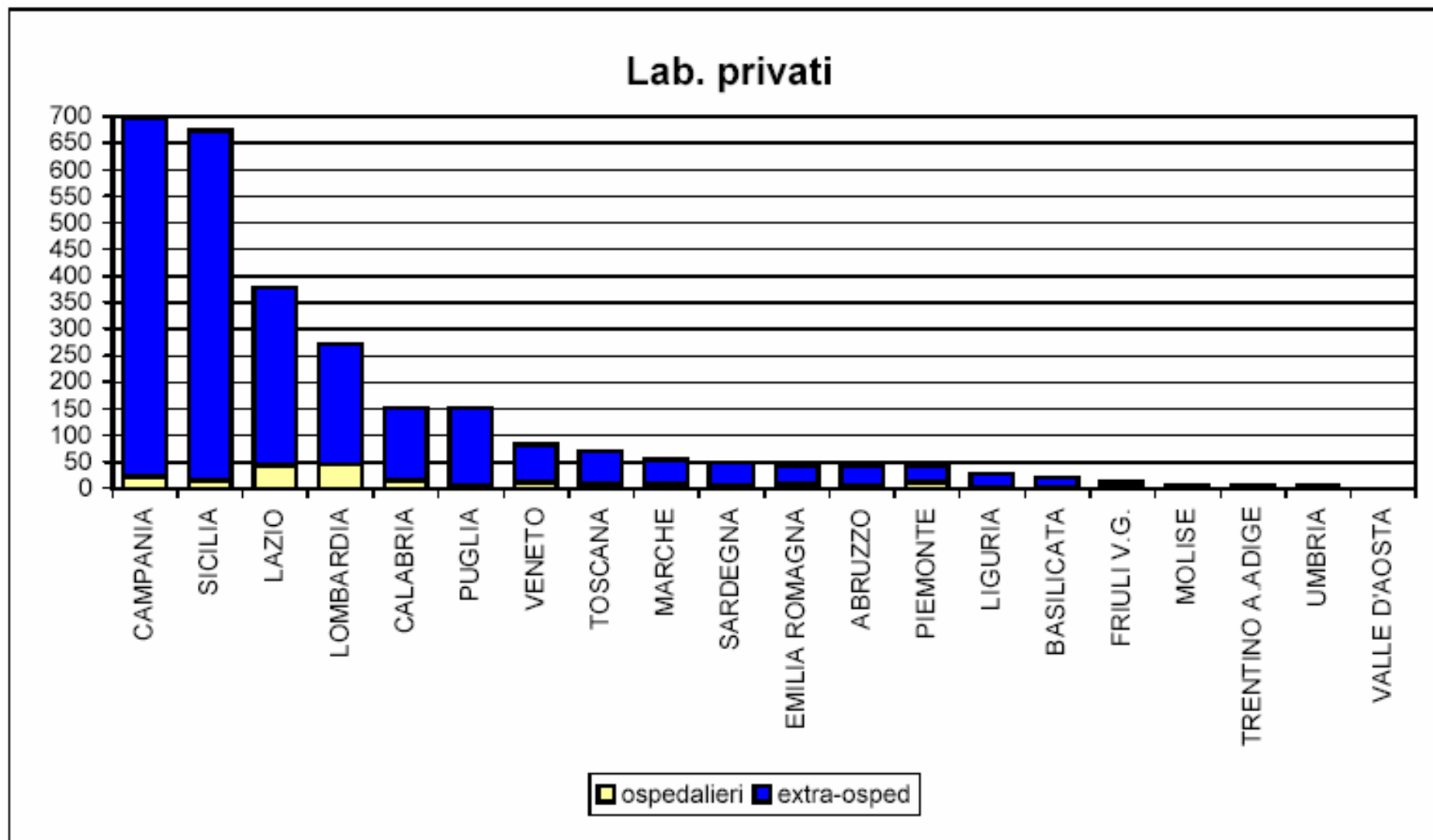
Totale Italia	2.532	48%
Ospedalieri	1.906	75%
Extra - ospedalieri	626	25%

Lab. pubblici



Distribuzione laboratori privati

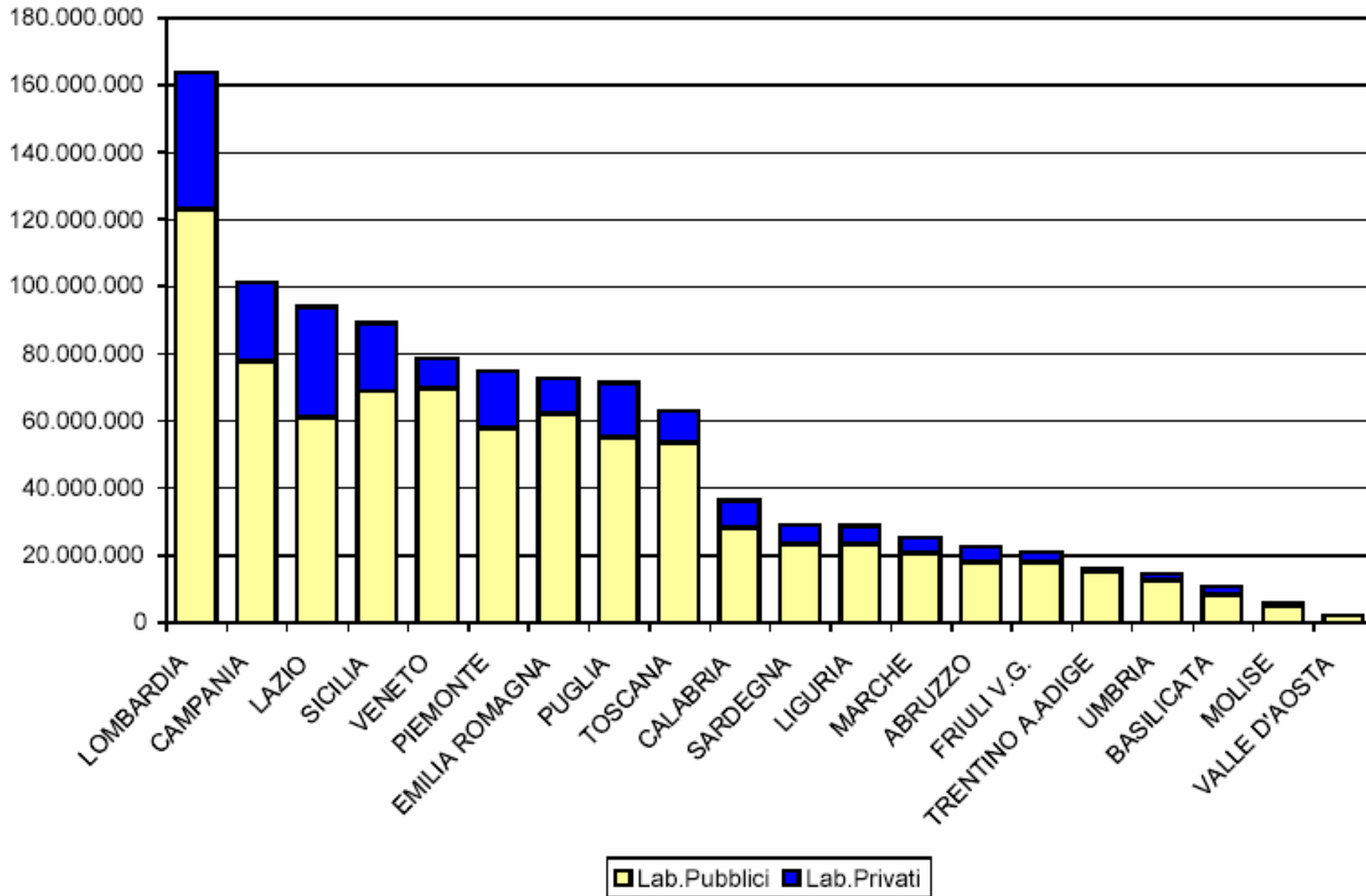
Totale Italia	2.780	52%
Ospedalieri	196	7%
Extra-ospedalieri	2.584	93%



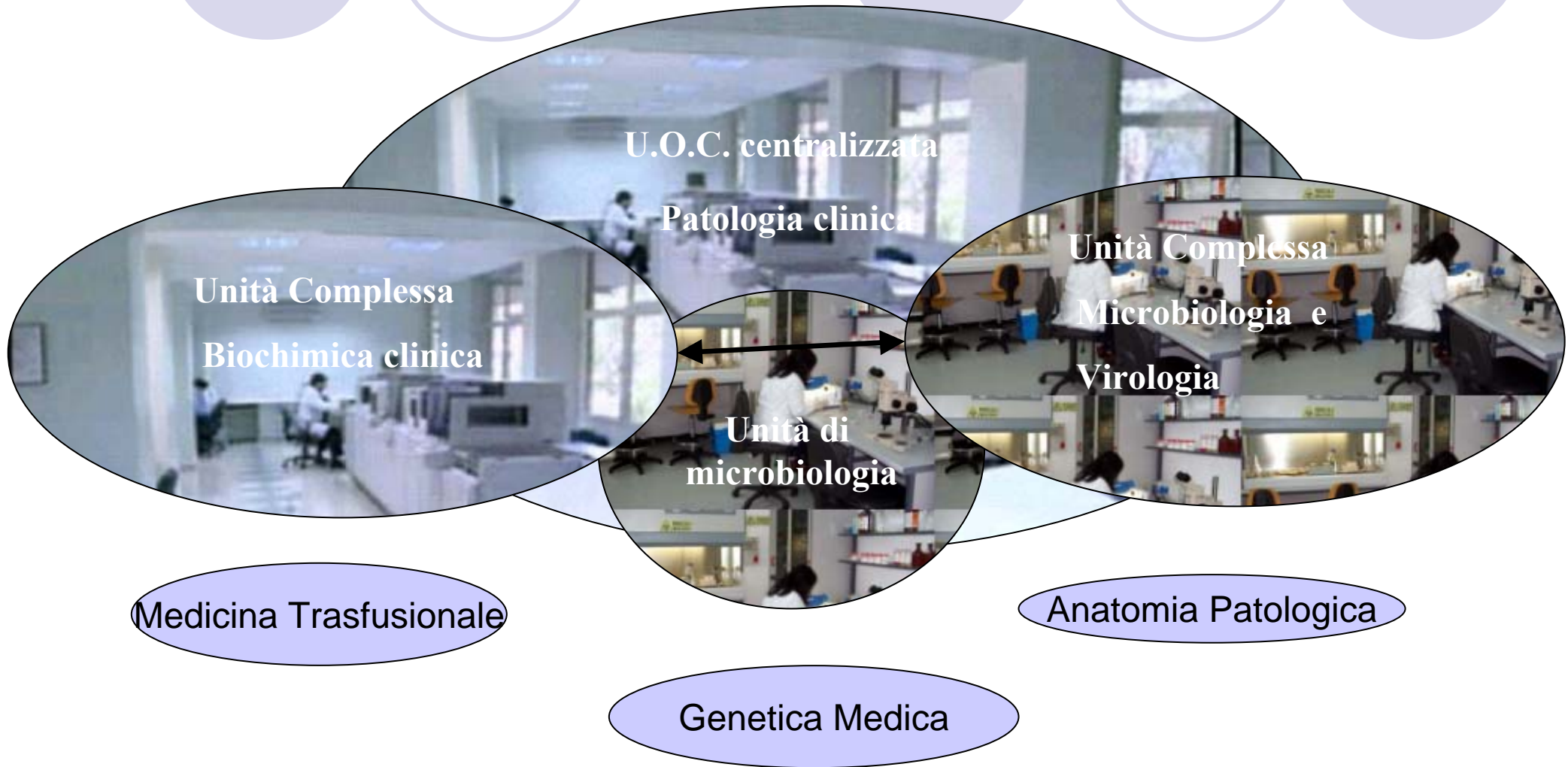
Distribuzione n° totale dei test (fonte: elaboraz. CSA su dati Regioni e Ministero della Salute)

Regione	TOTALI	x capita	in Lab.Pubblici	in Lab.Privati	<i>x interni</i>	<i>x esterni</i>
ABRUZZO	22.400.000	17,5	17.920.000	4.480.000	12.096.000	10.304.000
BASILICATA	10.650.000	17,5	8.200.500	2.449.500	5.751.000	4.899.000
CALABRIA	36.250.000	17,6	27.912.500	8.337.500	19.575.000	16.675.000
CAMPANIA	101.000.000	17,4	77.770.000	23.230.000	54.540.000	46.460.000
EMILIA ROMAGNA	72.750.000	18,4	61.837.500	10.912.500	29.100.000	43.650.000
FRIULI V.G.	20.898.113	17,7	17.763.396	3.134.717	9.822.113	11.076.000
LAZIO	94.000.000	17,9	61.100.000	32.900.000	44.180.000	49.820.000
LIGURIA	28.650.000	17,5	22.920.000	5.730.000	15.471.000	13.179.000
LOMBARDIA	163.629.905	18,1	122.722.429	40.907.476	83.451.252	80.178.653
MARCHE	25.400.000	17,5	20.320.000	5.080.000	13.716.000	11.684.000
MOLISE	5.750.000	17,5	4.887.500	862.500	3.105.000	2.645.000
PIEMONTE	75.040.890	17,5	57.781.485	17.259.405	48.776.579	26.264.312
PUGLIA	71.500.000	17,5	55.055.000	16.445.000	38.610.000	32.890.000
SARDEGNA	28.950.000	17,5	23.160.000	5.790.000	15.633.000	13.317.000
SICILIA	89.250.000	17,5	68.722.500	20.527.500	48.195.000	41.055.000
TOSCANA	63.000.000	17,9	53.550.000	9.450.000	33.390.000	29.610.000
TRENTINO A.ADIGE	16.000.000	17,2	15.200.000	800.000	8.640.000	7.360.000
UMBRIA	14.500.000	17,4	12.325.000	2.175.000	7.830.000	6.670.000
VALLE D'AOSTA	2.100.000	17,5	2.100.000	0	1.134.000	966.000
1.020.218.908	17,7	801.112.810	219.106.098	535.405.943	484.812.965	
		79%	21%	52%	48%	

N° test

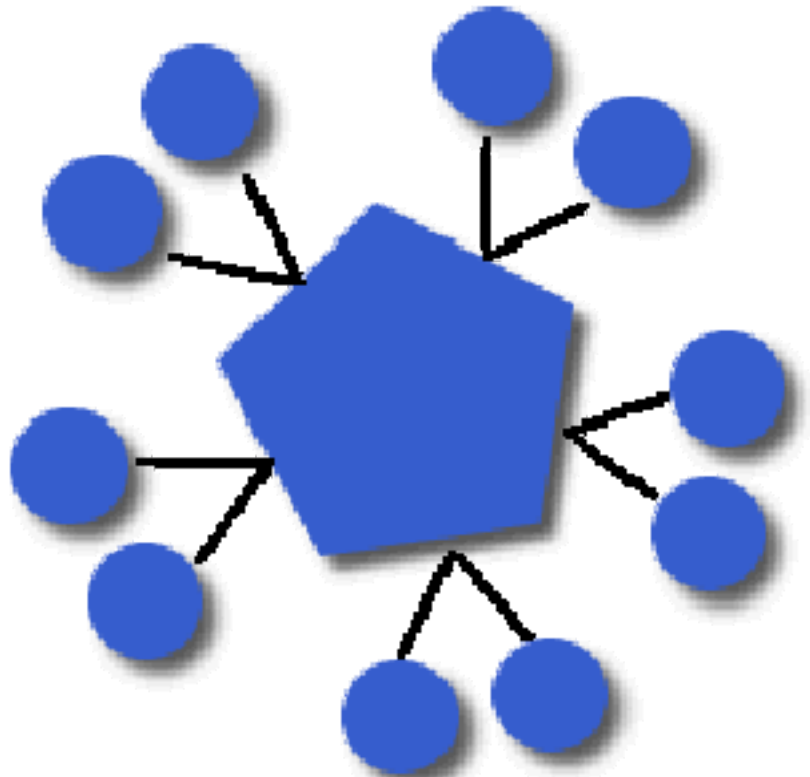


Attuale stato dell'arte dei Dipartimenti di Diagnostica



MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO

➤ HUB and SPOKE



- E' caratterizzato da un grandissimo laboratorio centrale (hub), totalmente automatizzato, al quale si appoggia una serie di laboratori più piccoli (spoke) incardinati in strutture ospedaliere; i laboratori spoke, oltre a farsi carico delle urgenze (risultati necessari in poche ore), svolgono l'attività analitica che, per ragioni di varia opportunità, si è deciso di non accentrare.
- Ispirato a tale modello è il progetto che la Regione Emilia Romagna sta portando avanti (esso per ora si presenta come un caso limite che verosimilmente resterà isolato).

Tendenze di sviluppo dei laboratori

➤ HUB & SPOKE di AREE VASTE:

esempio dell'Emilia Romagna per il costituente **Laboratorio Unico Metropolitan LUM** che a regime integrerà non soltanto i servizi di medicina di Laboratorio ma anche d'Immunoematologia e Trasfusionale



850.000 abitanti

11 stabilimenti ospedalieri

Due laboratori ciascuno da 10 milioni d'analisi

**Microbiologia e virologia centralizzata su Azienda Ospedaliera
Universitaria**

Urgenze 24 ore garantite da tutte le strutture ospedaliere coinvolte

Centralizzazione delle raccolta e validazione delle unità di sangue

Tendenze di sviluppo dei laboratori

➤ HUB & SPOKE di AREE VASTE:

esempio dell'Emilia Romagna per il costituente **Laboratorio Unico Metropolitan LUM** che a regime integrerà non soltanto i servizi di medicina di Laboratorio ma anche d'Immunoematologia e Trasfusionale



In questa proposta l'assetto programmato prevede due laboratori di grandi dimensioni, la microbiologia e virologia, oltre ad alcuni laboratori di dimensioni più piccole uniti informaticamente ed organizzativamente in un' unica struttura interaziendale, pur mantenendo il rapporto istituzionale con le Aziende di appartenenza.

È quindi **l'unitarietà direzionale, l'integrazione dell'alta tecnologia presente e l'uniformità delle modalità organizzative e gestionali che rendono unico il laboratorio, non la sede fisica.**

MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO

➤ HUB and SPOKE I REQUISITI

- unicità del sistema informativo e informatico
- unitarietà delle tecnologie
- omogeneità delle procedure
- condivisione delle modalità operative
- livello di qualità certificato
- sistema di comunicazione (dati, messaggi e televideofonia) su tutta la rete
- sistema funzionale dei trasporti dei materiali biologici
- controllo della sicurezza, dei rischi di interruzioni o incidenti validato (disaster recovery)
- manutenzione e supporto on line di elevata qualità professionale
- uniformità procedurale e coordinamento unico della rete dei punti prelievo.

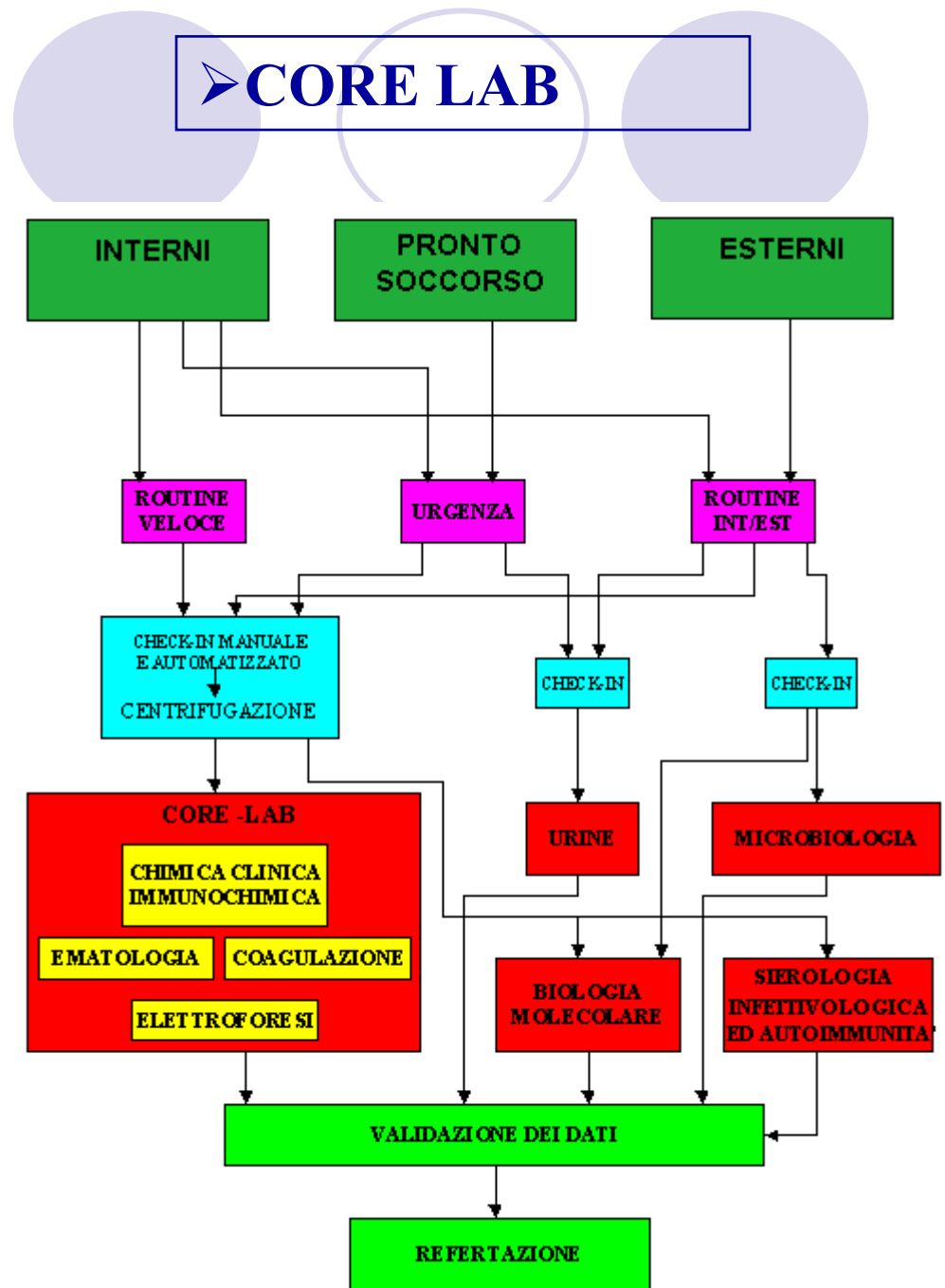
RATIONALE **per la realizzazione di un progetto d'area vasta**

- Maggiore concorrenzialità tra ditte fornitrici di servizi.
- Reale interazione tra le due strutture ospedaliere
- Point of care gestiti dall'Hub
- Appropriatelyzza della richiesta e governo clinico

MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO

Quello definito “core lab” è un laboratorio che per dimensioni è una via di mezzo: più piccolo di un hub, ma più grande di uno spoke,

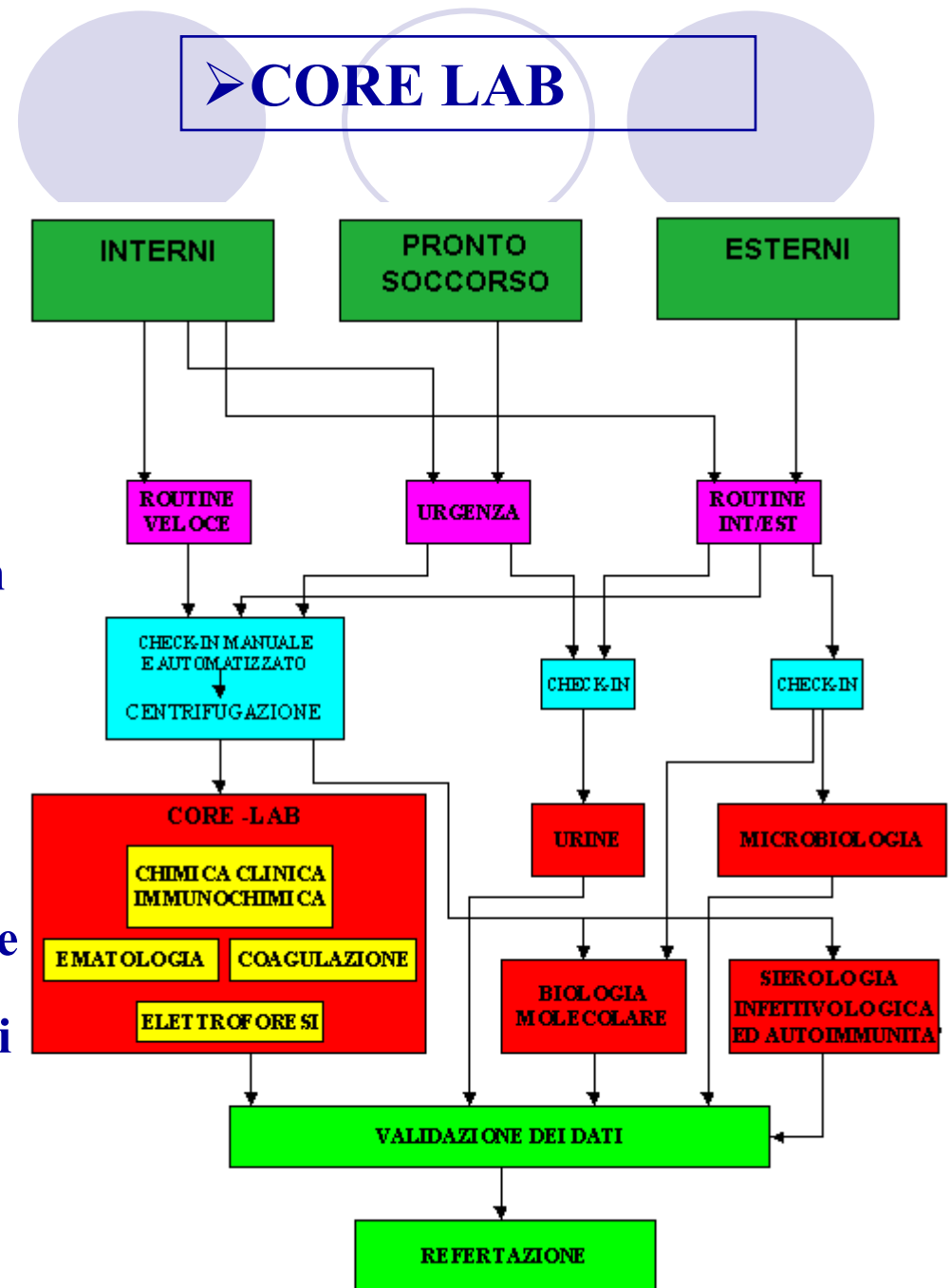
E’ un laboratorio che grazie ad un’automazione ad isole è in grado di lavorare con TAT corti (2 ore) così da assicurare con le medesime macchine sia una grande routine che le urgenze.



MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO

Realizzare un core lab all'interno di un ospedale che fino ad oggi ha lavorato con n laboratori più o meno autonomi gli uni dagli altri significa concentrare l'attività in un'unica unità polispecialistica che abbia dimensioni non esasperate (sono considerati volumi ragionevoli 2-3 milioni di test all'anno).

Le attività ad elevata specializzazione possono essere concentrate in laboratori autonomi rispetto al core lab, in tal modo si creano le condizioni per fare ricerca e formazione insieme all'attività analitica - senza con ciò snaturare il modello di fondo o far lievitare eccessivamente i costi complessivi.



MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO



➤ LA TERZA VIA

- Rappresenta la “terza via” (tra automazione totale ed automazione modulare) è rappresentata dal compromesso tra automazione ad isole e macchine tradizionali;
- questa soluzione è meno impegnativa nell'immediato: infatti richiede meno investimenti e minori trasformazioni dell'organizzazione del lavoro;
- consente di valorizzare le tecnologie esistenti (spesso utilizzate non al massimo delle proprie capacità).

Le nuove tecnologie oggi disponibili, che permettono il consolidamento di eterogenei pannelli analitici sulla medesima stazione analitica, consentono a questo modello di evolvere naturalmente nel CORE LAB.



MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO

➤ **CONCLUSIONI:**
Meglio il **CORE LAB** e
le reti integrate

A far generalmente preferire il modello “core lab” rispetto all“hub & spoke” contribuisce in misura determinata il maggior favore che le soluzioni d’automazione modulare (indicate per un core lab) tuttora suscitano rispetto a soluzioni d’automazione globale del laboratorio (indicate per un laboratorio del tipo hub).

MODELLI DI LABORATORIO CLINICO A CONFRONTO

➤ **CONCLUSIONI:**
Meglio il **CORE LAB** e
le reti integrate

Le principali motivazioni sono le seguenti.

- **L'automazione globale avrebbe un impatto eccessivo in termini d'emersione di esuberi di personale (azzerare i quali richiederebbe tempi non brevi e questo eleverebbe i costi reali rispetto a quelli teorici del modello a regime).**
- **L'automazione globale del laboratorio presuppone un ingente investimento iniziale che per giustificarsi sul piano economico richiederebbe un volume di attività non inferiore ai 5 milioni di test all'anno.**
- **I crescenti costi di logistica (specie riguardo al trasporto dei campioni, che in pratica già oggi avviene spesso in modo inadeguato) e la complessità di gestione**

CAMERA DEI DEPUTATI

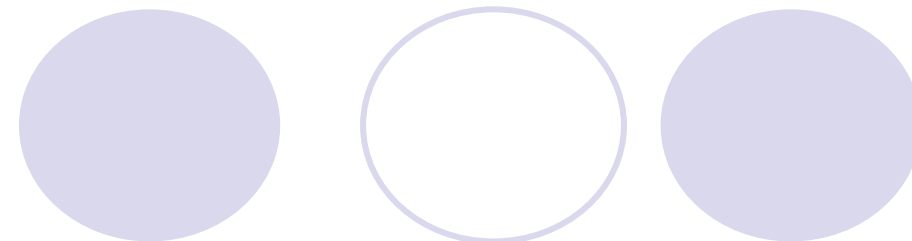
Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)

Art. 1.

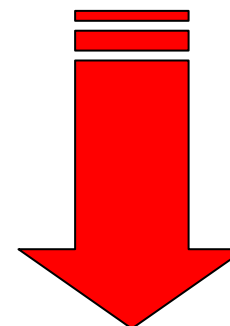
1. Per l'anno 2007, il livello massimo del saldo netto da finanziare è determinato in termini di competenza in 29.000 milioni di euro, al netto di 12.520 milioni di euro per regolazioni debitorie. Tenuto conto delle operazioni di rimborso di prestiti, il livello massimo del ricorso al mercato finanziario di cui all'articolo 11 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni, ivi compreso l'indebitamento all'estero per un importo complessivo non superiore a 4.000 milioni di euro relativo ad interventi non considerati nel bilancio di previsione per il 2007, è fissato, in termini di competenza, in 240.500 milioni di euro per l'anno finanziario 2007.

1746-bis-B

2. Per gli anni 2008 e 2009, il livello massimo del saldo netto da finanziare del bilancio pluriennale a legislazione vigente, tenuto conto degli effetti della presente legge, è determinato, rispettivamente, in 26.000 milioni di euro ed in 18.000 milioni di euro, al netto di 8.850 milioni di euro per gli anni 2008 e 2009, per le regolazioni debitorie; il livello massimo del ricorso al mercato è determinato, rispettivamente, in 214.000 milioni di euro ed in 208.000 milioni di euro. Per il bilancio programmatico degli anni 2008 e 2009, il livello massimo del saldo netto da finanziare è determinato, rispettivamente, in 19.500 milioni di euro ed in 10.500 milioni di euro ed il livello massimo del ricorso al mercato è determinato, rispettivamente, in 208.000 milioni di euro ed in 200.000 milioni di euro.



Attuale quadro normativo



Legge Finanziaria 2007



Impatto della manovra finanziaria 2007: art.1 comma 796 lettera O

o) fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato

nel supplemento ordinario n.150 alla *Gazzetta Ufficiale* n.216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, 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 *standard* organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n.311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate»;

entro il 28 febbraio 2007, 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 *standard* organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate. All'articolo 1, comma 170, della legge 30 dicembre 2004, n.311, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate»;

**ADEMPIMENTI CENTRALI:
Aggiornamento dei tariffari, sentite le società scientifiche e le associazioni di categorie interessate**

**ADEMPIMENTI REGIONALI:
Riduzione del 20% degli importi indicati nel DM 22 luglio 1996**

**ADEMPIMENTI REGIONALI:
Piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate**

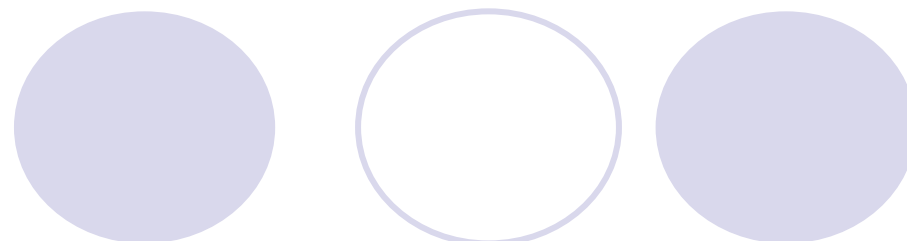


DECRETO MINISTERIALE 22 luglio 1996. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe.

- Allegato 1 Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, M compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, e relative tariffe.
- Allegato 2 Prestazioni erogabili solo conformemente alle specifiche indicazioni clinico-diagnostiche.
- Allegato 3 Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, M compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, elencate secondo le branche specialistiche al fini dell'applicazione dei limiti di prescrivibilità per risulta e di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.
- Allegato 4 Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, M compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, non più erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

CODICE	DESCRIZIONE
	1. INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO (03 - 05)
03	INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE E SULLE STRUTTURE DEL CANALE VERTEBRALE
04	INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI
05	INTERVENTI SUI NERVI O SUI GANGLI SIMPATICI
	2. INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO (06)
06	INTERVENTI SULLA TIROIDE E SULLE PARATIROIDI
	3. INTERVENTI SULL'OCCHIO (08-16)
08	INTERVENTI SULLA PALPEBRA
09	INTERVENTI SULL' APPARATO LACRIMALE
10	INTERVENTI SULLA CONGIUNTIVA
11	INTERVENTI SULLA CORNEA
12	INTERVENTI SULL'IRIDE, SUL CORPO CILIARE, SULLA SOLEA E SULLA CAMERA ANTERIORE
13	INTERVENTI SUL CRISTALLINO
14	INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE, SUL CORPO VITREO E SULLA CAMERA POSTERIORE
16	INTERVENTI SULL' ORBITA E SUL GLOBO OCULARE
	4. INTERVENTI SULL'ORECCHIO (18-20)
18	INTERVENTI SULL'ORECCHIO ESTERNO
20	ALTRI INTERVENTI SULL'ORECCHIO MEDIO E SULL'ORECCHIO INTERNO
	5. INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)
21	INTERVENTI SUL NASO
22	INTERVENTI SUI SENI NASALI
23	ESTRAZIONE E RICOSTRUZIONE DI DENTI
24	ALTRI INTERVENTI SU DENTI, GENGIVE E ALVEOLI
25	INTERVENTI SULLA LINGUA
26	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE E SUI DOTTI SALIVARI
27	ALTRI INTERVENTI SULLA BOCCA E SULLA FACCIA



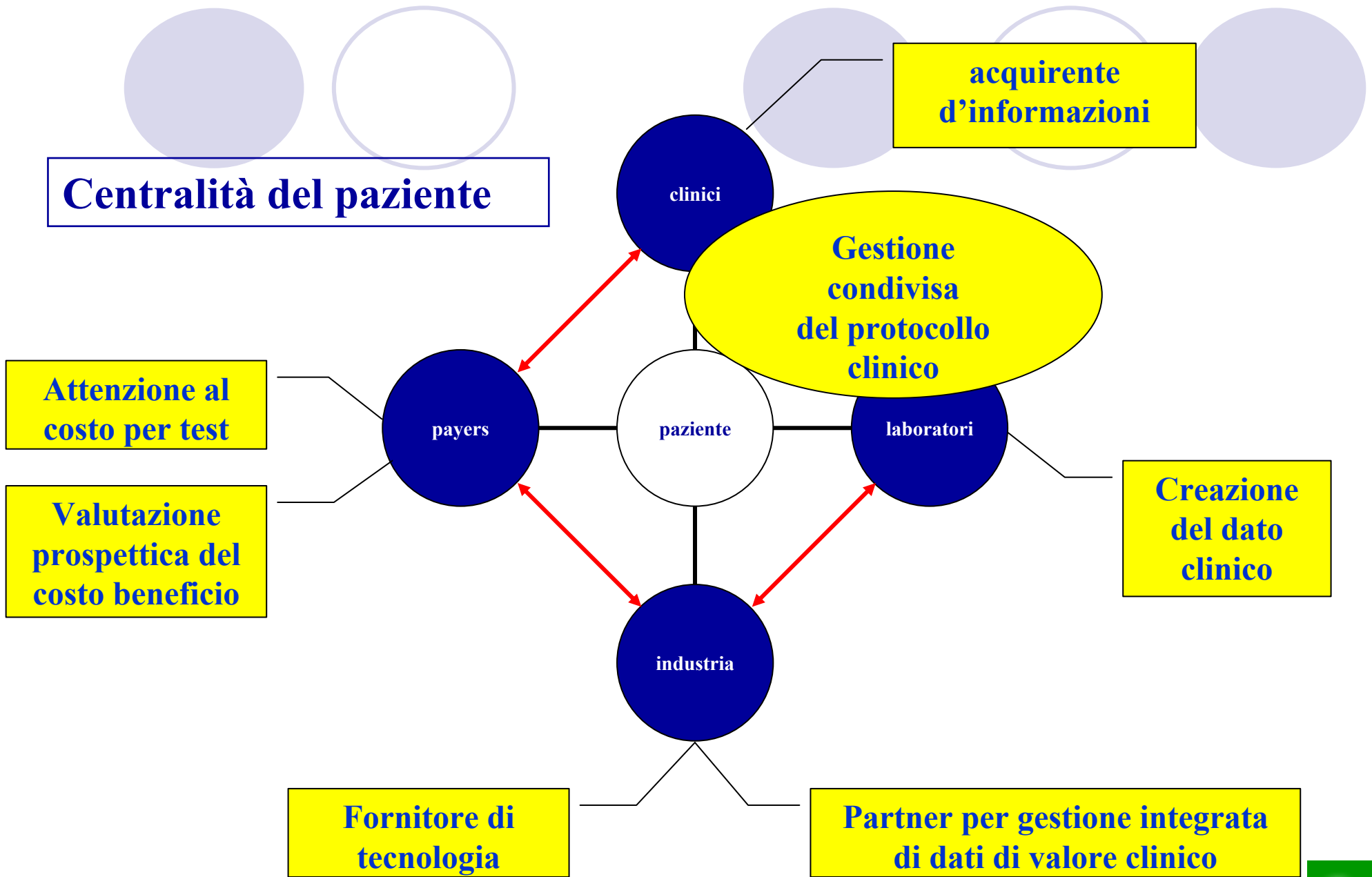
Il nomenclatore tariffario DM 22 luglio 1996 è uno strumento non più adeguato sia per le prestazioni individuate, che per la loro valorizzazione economica

Comparazione tra le tariffe italiane riferite agli esami “automatizzabili “ con quelle francesi e svizzere

Esame	D.M. 1991	D.M. 22.07.1996	Francia	Svizzera
Glicemia	€ 1.70	€ 1.29	€ 2.70	€ 5.12
Azotemia (urea)	€ 1.70	€ 1.24	€ 2.70	€ 5.12
Colesterolo Totale	€ 2.28	€ 1.14	€ 1.35	€ 5.12
Trigliceridi	€ 5.17	€ 1.29	€ 2.70	€ 5.12
Birilubina	€ 1.70	€ 1.29	€ 5.40	€ 5.12
Creatinina	€ 2.55	€ 1.24	€ 2.70	€ 5.12
Emocromo con piastrine	€ 4.88	€ 3.20	€ 10.26	€ 11.32
Transaminasi (GOT GPT)	€ 2.88	€ 1.14	€ 5.40	€ 5.12
Calcio Totale	€ 2.77	€ 1.24	€ 14.85	€ 5.12
Fosforo	€ 2.77	€ 0.98	€ 4.05	€ 5.12
Test di gravidanza (β HCG)	€ 19.01	€ 14.25	€ 13.05	€ 25.48
Tempo di protombina	€ 2.87	€ 2.58	€ 4.05	€ 7.93
Media Esame	€ 3.86	€ 2.37	€ 5.76 (+ 58 %)	€ 7.56 (+ 68 %)

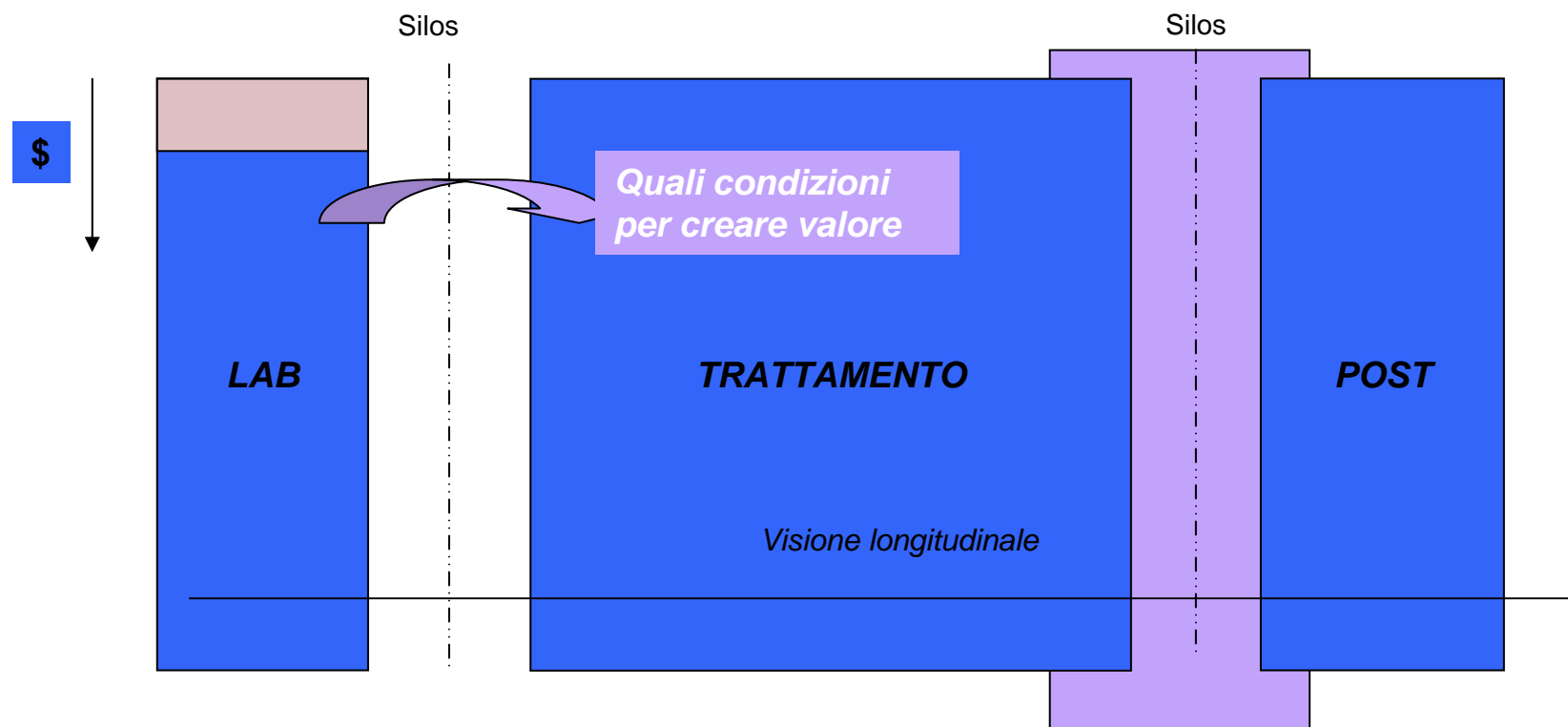
Comparazione tra altri analiti riferibili a patologie di rilevanza sociale

Esame	D.M. 1991	D.M. 22.07.199 6	Francia	Svizzera
Epatite B	€ 19.01	€ 5.53	€ 18.90	€ 25.48
Epatite C	€ 19.11	€ 8.78	€ 18.90	€ 19.82
Marcatori Tumoriali	€ 19.11	€ 18.54	€ 18.90	€ 28.31
Ormoni Gonadici	€ 19.11	€ 9.66	€ 37.80	€ 19.82
Ormoni Tiroidei	€ 19.11	€ 7.80	€ 37.80	€ 15.29
Media Esame	€ 19.09	€ 10.06	€ 26.46 (+ 62%)	€ 21.74 (+ 54%)



Le logiche di un virtuoso sistema sanitario : da una gestione a silos ad una visione longitudinale

La costituzione di un sistema virtuoso di creazione del valore



La Medicina di Laboratorio: gli obiettivi

- **La razionalizzazione della Medicina di Laboratorio deve avvenire in collegamento alla revisione della rete ospedaliera e deve attuarsi in una rete integrata di servizi.**
- **L'efficacia e l'efficienza devono essere strettamente connesse: l'elemento trainante è l'appropriatezza.**
- **E' necessario condividere il valore clinico delle analisi**
- **E' necessario valutare in termini interattivi, clinici e sociali la qualità tecnologica dell'attività di laboratorio.**

Nuovi ruoli della diagnostica per la salute



- **La Medicina di laboratorio va riconsiderata come insieme di discipline cliniche**
- **E' un valore insostituibile nella medicina ospedaliera e territoriale**
- **E' partner nella costruzione e validazione dei percorsi diagnostico-clinico-terapeutici**
- **La Medicina di Laboratorio deve mantenere la “prossimità” al paziente**
- **I modelli organizzativi, nel rispetto dell'economicità, debbono garantire la qualità**
- **La Professione deve riguadagnare peso e centralità nel governo della tecnologia**