

RELAZIONE METODOLOGICA DI CALCOLO

INDICATORE TECNOLOGIA

Al fine di semplificare e razionalizzare l'applicazione dell'Allegato B della DGRC 215/2022 circa i parametri premianti per l'assegnazione dei budget alle Strutture private accreditate, in ottemperanza anche ai dettami sulla concorrenza, relativamente alla componente tecnologica si è ipotizzato di superare l'impostazione dei due indicatori (A1 e A2: legati al valore economico ed al valore della produzione al denominatore o il costo storico delle apparecchiature, data la difficoltà di rendere confrontabili le molte e variegate formule contrattuali di acquisto o di solo utilizzo delle apparecchiature, come quella del canone unico comprensivo dei reagenti) in favore di un unico indicatore premiante rispetto al possesso di determinate apparecchiature e relative caratteristiche di obsolescenza.

I parametri scelti per la determinazione del nuovo, univoco, Indicatore della Tecnologia sono i seguenti:

1. identificazione delle apparecchiature particolarmente qualificanti e indispensabili per le attività cliniche specifiche per singola Branca Tetti.
Tale individuazione è stata effettuata con l'ausilio ed il supporto delle Società Scientifiche delle diverse discipline (vedere Allegato alla presente)
2. attestazione delle strutture accreditate del possesso, a vario titolo, della strumentazione qualificante mediante la documentazione richiamata nel seguente schema:

Tipologia di contratto	Documento attestante il titolo del possesso	Documento attestante installazione	Ulteriore documentazione
- Acquisto	Fattura di acquisto	Collaudo di Installazione	
- Contratto di Leasing - Contratto di Noleggio	Copia contratto	Collaudo di installazione	
- Contratto di comodato d'uso - Fornitura in Service	Copia contratto	Collaudo di installazione	Se i dati non sono presenti all'interno del Contratto, obbligo di presentazione di un'autocertificazione, rilasciata dal Fornitore (ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), attestante la tipologia e il valore di mercato del bene oggetto del contratto.

Pertanto, la documentazione da acquisire a cura delle ASL potrebbe essere la seguente:

- Fatture di acquisto
- contratti di leasing
- altri titoli contrattuali,

ricompresi nel periodo di riferimento e comprovanti il possesso e l'uso di beni strumentali nuovi di fabbrica - corredati di copia del collaudo degli stessi - ed inerenti le apparecchiature riportate nell'elenco Allegato alla presente.

Le condizioni sopra menzionate andranno certificate mediante perizia tecnica giurata ai sensi dell'art 1 commi 9, 10 e 11 della L. 11 dicembre 2016, n. 232 ed s.m.i. (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 297 del 21 dicembre 2016 - Suppl. Ordinario n. 57, così come modificata dall'articolo 7-novies del decreto legge 29 dicembre 2016, n. 243, convertito con modificazioni dalla legge 27 febbraio 2017, n. 18 - Proroga, con modificazioni, della disciplina del c.d. "super ammortamento" e introduzione del c.d. "iper ammortamento"- Articolo 1, commi da 8 a 13 – Industria 4.0)

3. individuazione per ogni macchinario della specifica fascia di vetustà ed applicazione del relativo punteggio secondo il seguente schema:

Fasce Vetustà	PUNTEGGIO VETUSTÀ (PV)
0 - 5 anni	+1
5,1 - 10 anni	0
OLTRE 10 anni	-1
DESUETO	-2

*** Fascia “DESUETO”: assegnazione di un punteggio “punitivo” di -2 per le macchine non solo vetuste, ma anche tecnologicamente non più “adeguate”

4. calcolo dell’indice percentuale (ITindex) come rapporto tra la sommatoria dei punteggi di vetustà (PV) diviso la somma del numero di macchinari caratterizzanti posseduti dalla struttura secondo il semplice seguente algoritmo:

$$\text{IT index (\%)} = \frac{\sum \text{PV macchinari}}{\sum \text{Num. macchinari}}$$

5. stima della fascia di punteggi in base al valore dell’indice percentuale (ITindex) secondo il seguente schema (che va a sostituire le indicazioni per l’indicatore A):

INDICATORE	punteggi correlati al valore					IPOTESI 1
	3	2	1	0	-1	
Indicatore Tecnologia	>50%	20-50%	10-19,9%	<10%		

INDICATORE	punteggi correlati al valore					IPOTESI 2
	3	2	1	0	-1	
Indicatore Tecnologia	>50%	20-50%	10-19,9%	5-9,9%	<5%	

Nota a: indicatore calcolato a cura dell’ASL competente, sulla base del possesso delle apparecchiature caratterizzanti le singole Branche dei Tetti e della vetustà della strumentazione

OPEN POINT: per le Strutture con accreditamento multi-branca (come ad esempio i poliambulatori), occorre definire i criteri di applicazione dell’indicatore tecnologia nel caso in cui la stessa apparecchiatura qualificante venga utilizzata per attività cliniche di diverse Branche di accreditamento, in modo da NON sovrastimare la premialità del macchinario stesso.

Si possono prefigurare le seguenti ipotesi di applicazioni del razionale sopra descritto per il calcolo del nuovo, univoco, indicatore di premialità della TECNOLOGIA:

IPOTESI 1: si lascia la scelta alle singole Strutture di “utilizzare” la premialità della strumentazione qualificante per UNA SOLA delle branche di accreditamento possedute

IPOTESI 2: si “spalma” in maniera proporzionale rispetto al budget assegnato per ogni Branca Tetto la premialità della strumentazione qualificante posseduta

Sempre al fine di semplificare e razionalizzare gli indicatori di cui all’Allegato B della DGRC 215/2022 si ipotizza di:

- **ELIMINARE** Indicatore B3 della famiglia “INFORMATIZZAZIONE” – invio sistematico e continuativo dei referti al fascicolo sanitario elettronico stante l’obbligatorietà di tale debito informativo per tutte le Strutture private accreditate come da disposizioni ministeriali ed in base ai nuovi schemi contrattuali ex DGRC num. 800/2023
- **ELIMINARE** Indicatore D11 della famiglia “APPROPRIATEZZA EROGATIVA” correlata al rapporto tra n° prestazioni erogate a carico del SSR facenti parte dei PDTA – percorsi diagnostico terapeutici ambulatoriali fino all’introduzione nei Flussi informativi di produzione della specialistica ambulatoriale di un campo specifico indispensabile per tracciare le prestazioni che compongono il PDTA stesso



*Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale*

Il Direttore Generale

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2024. 0036012 22/01/2024 12,14

Mitt. : 5004 DG Tutela della salute e del c...

Dest. : ASSOCIAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Classifica : 50.4. Fascicolo : 53 del 2024



**VERBALE DI INCONTRO TECNICO TRA LA REGIONE E LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA
DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
TENUTOSI IN DATA 18 GENNAIO 2024**

L'anno 2024, il giorno 18 gennaio, alle ore 12.00, come convenuto nel precedente incontro del 28.12.2023, si sono riuniti i rappresentanti delle Associazioni di Categoria dell'assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private, come da allegato foglio presenze, ed i rappresentanti della Regione Campania nelle persone del Prof. Ettore Cinque, Assessore al Bilancio e al Finanziamento del SSR, dell'Avv. Antonio Postiglione, Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR, della Dott.ssa Bianca Corcione, Dirigente della UOD Vigilanza Contabile, del Dott. Sergio Russo, Dirigente della UOD Governo Economico Finanziario, della Dott.ssa Simona Gentile, Dirigente della UOD Monitoraggio Beni e Servizi. Per la Regione partecipa, inoltre, alla riunione anche la So.Re.Sa. S.p.A. con il Dott. Luca Scafa e l'Ing. Vito Salerno.

Il Prof. Cinque apre la discussione, ricordando che l'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 ha stabilito i criteri per determinare le variazioni dei tetti di struttura da un anno all'altro, tenendo conto sia della produzione effettiva che della Capacità Operativa di ciascun centro, sia di premialità / penalizzazioni, attraverso un insieme di parametri di valutazione qualitativi e quantitativi, selezionati in modo da promuovere i comportamenti delle strutture private in linea con la programmazione regionale ed elevare gli standard di qualità dell'intero sistema sanitario. E', quindi, necessario completare nei tempi più brevi la determinazione delle variazioni dei tetti di spesa "di struttura" in più e in meno, basate sui dati consuntivi 2022 (già disponibili), nonché quelle calcolate in base ai dati consuntivi 2023 (la cui rilevazione deve essere completata entro febbraio). Come stabilito dalla DGRC n. 800/2023, l'effetto del primo gruppo di variazioni, che avrebbe dovuto incidere già sui tetti di spesa 2023, non viene perso ma, insieme alle variazioni determinate con riferimento al consuntivo 2023, sarà applicato nella determinazione definitiva dei limiti di spesa 2024 entro il prossimo aprile. I dati consuntivi dell'attività svolta nel 2024, invece, saranno utilizzati per determinare con gli stessi criteri le variazioni dei tetti di spesa del 2025, rispetto a quelli definitivi del 2024.

Il Prof. Cinque fa, quindi, presente che nel precedente incontro del 28 dicembre scorso si è convenuto di convocare la riunione odierna per approfondire e condividere le modalità applicative dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022.

I rappresentanti della Regione evidenziano che, come specificato nella Relazione Tecnica alla DGRC n. 800/2023, sono emerse difficoltà applicative riguardo ai parametri di valutazione relativi agli indicatori della famiglia A-Tecnologia (A.1 - A.2) e di Appropriata Erogativa, in particolare relativamente all'Indicatore D.11, per quanto riguarda le prestazioni erogate a carico del S.S.R. correlate a PDTA. E consegnano, quindi, ai rappresentanti delle Associazioni una proposta di relazione metodologica per la rilevazione dell'indicatore della tecnologia, completa di schede relative alle caratteristiche delle apparecchiature per branca e alle ipotesi di applicazione. Tale documentazione viene allegata al presente verbale.

A seguito di ampia discussione e confronto sulla tipologia di apparecchiature associate alle diverse branche / classi / settori, sono state condivise le proposte di ottimizzazione delle schede apparecchiature come di seguito riportato:

- Unificare i punti 6 - 7 e 8 ed eliminare i punti 9, 10 e 11 relativi alla Diabetologia;
- Inserire il punto 2 ECT02 della Radiodiagnostica anche all'interno della Cardiologia, per la quale si terrà conto solo di tale apparecchiatura;
- Eliminare il punto 15 (ORG 01-ORTOPANTOMOGRFO CONVENZIONALE) della Radiodiagnostica;
- Integrare la descrizione dell'indicatore di cui al punto 1 del gruppo relativo alla branca di Laboratorio di Analisi come segue: *"automazione completa con catena e/o integrata"*;
- Integrare la descrizione dell'indicatore di cui al punto 2 del gruppo relativo alla branca di Laboratorio di Analisi come segue: *"Cromatografia liquida/spettrometria di massa e P.C.R."*;
- I punteggi relativi ad apparecchiature impiegate in modo promiscuo (comunque individuati in modo univoco dal numero di serie) da centri operanti in diverse branche saranno suddivisi in base a parametri come il tetto di spesa o la COM assegnata al centro per le suddette branche;
- Non rilevare l'Indicatore della Tecnologia per le seguenti branche: Dialisi (a ragione della sostanziale omogeneità tra i diversi centri accreditati nella strumentazione tecnologica in uso) e Branche a Visita (a ragione della ampia gamma di discipline coinvolte e della sostanziale prevalenza dell'atto medico consistente nella visita specialistica);
- Per quanto riguarda la branca FKT, le Associazioni interessate si riservano di far pervenire una proposta operativa entro il giorno lunedì 29 p.v.

Le informazioni necessarie per consentire alle AASSLL e alla Regione di applicare l'indicatore premiale legato alla tecnologia, così come sopra delineato, verranno raccolte a cura delle stesse AASSLL e fornite dalle singole strutture accreditate (la mancata risposta comporterà l'applicazione di un punteggio di penalizzazione) e corredate da relazione tecnica asseverata alla stregua di quanto previsto dall'art. 1 commi 9, 10 e 11 della Legge 11 dicembre 2016, n. 232 e s.m.i., come riportato nella relazione metodologica allegata al presente verbale.

Pur essendo stata la discussione molto approfondita e partecipata da parte delle diverse Associazioni intervenute, le stesse chiedono di poter fornire ulteriori eventuali spunti di riflessione entro il giorno lunedì 29 p.v., rispetto ai quali i rappresentanti della Regione si riservano di effettuare le proprie valutazioni di sintesi.

Sulla base dell'analisi dei dati estratti dal consuntivo 2022, è stata poi rappresentata l'importanza di garantire la coerenza delle Capacità Produttive Massime – C.O.M. per singole branche all'interno della ASL di appartenenza, indicazione che è stata già data alle stesse AASSLL.

Anche per l'indicatore della tecnologia ogni struttura "compete" esclusivamente con le altre strutture operanti nella propria ASL e branca di appartenenza.

Anche al fine di mantenere una forte coerenza con la strategia del governo regionale che punta molto sullo sviluppo della sanità digitale, si conviene di non eliminare l'indicatore qualitativo B3 - "INFORMATIZZAZIONE", riferito all'invio sistematico dei referti al fascicolo sanitario elettronico (FSE), ovviamente per le branche / tipologie di prestazioni per le quali le strutture sono tenute all'alimentazione del FSE. In prospettiva, poi, a partire dai dati dell'esercizio 2024, per i tetti del 2025, si anticipa che tale indicatore verrà trasformato da qualitativo in quantitativo, sulla base di quanto sarà a breve deciso a livello nazionale per misurare la performance di alimentazione del FSE dei singoli SSR.

Si condivide di eliminare l'indicatore D11 del gruppo APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA relativamente ai PDTA, quantomeno per i dati 2022 e 2023. Anche su questo aspetto, i rappresentanti della Regione comunicano che sono comunque in corso approfondimenti tecnici anche con la SOGEI per conseguire una piena informatizzazione delle

prestazioni rientranti nei singoli PDTA, così da poter associare le prenotazioni effettuate sul CUP regionale ai diversi PDTA formalmente approvati.

Sempre in via prospettica, viene anticipato che è intenzione della Regione introdurre, a decorrere dai dati dell'anno 2024, per i tetti 2025, qualche indicatore di performance legato alla gestione delle agende e alla loro visibilità sul CUP regionale.

Relativamente, infine, all'indicatore C8 del gruppo ORGANIZZAZIONE, le associazioni FEDERLAB, FEDERBIOLOGI, CONFINDUSTRIA, CONFAPI, FEDISALUTE e AISA chiedono che venga considerato il numero effettivo delle prestazioni erogate con oneri a carico del SSR (per le quali l'utente sostiene soltanto il costo dell'eventuale *ticket*), come rilevato dal File C per ogni struttura di laboratorio, alla stregua di quanto è stato previsto dalla DGRC n. 800/2023 in relazione alla quantificazione delle 150.000 prestazioni erogate a carico del SSR. L'associazione AISIC chiede, invece, che il numero di prestazioni venga derivato mediante l'applicazione del criterio della *Prestazione Equivalente – PEQ*, che tiene conto anche della produzione effettuata a carico degli utenti, ciò al fine di non penalizzare i centri che erogano soprattutto prestazioni di più elevato costo unitario.

Nel corso dell'incontro sono state consegnate ed acquisite agli atti le Note allegate:

- AISIC prot. n. 01/24/GG del 12/01/2024;
- ASPAT prot. n. 06 e 07 del 18/01/2024;
- SNR Sindacato Nazionale Area Radiologia: nota del 18/01/2024.



Il Direttore Generale
Avv.to Antonio Postiglione



14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

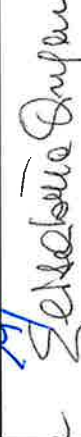
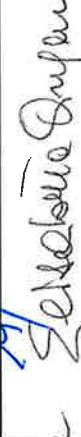
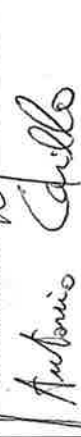
38

39

40

41

Incontro del 28 dicembre 2023 sui limiti di spesa della Specialistica Ambulatoriale

QUALIFICA: Regione / Associazione	Nominativo dei Partecipanti	Firma dei Partecipanti	Indirizzo PEC, E-Mail, telefono, fax e cellulare
AISIC	GIUSEPPE GAMBINO ANTONIO GAMBINO	 	info@aisic.it aisic@pec.it
SheBIC - FEDERBIOCHI	Sebastiano Gambino		no@novali@feolombolapart.it
CONFAPI CAMPANIA SANITA'	SILVANA PAPA		CONFAPICAMPANIA@PEC.IT
CONF. CENTRI ANTIMIGRAZIONE A-S-P-A-T	IANNELLA AUGUSTO		
CONFEDERAZIONE CENTRI ANTIDIABETER CAMPANIA	GESUE' LUIGI		CENTROGAD@PEC.IT
ARCADE	CAPUANO GIOVANNI BEVILACQUA DOMENICO	 	Segreteria Associazione Arcade @ PEC
ANISAP CAMPANIA (DIALISI)	ANTONIO CARILLO		anisap@pec.it 338.480.81.88
AIAS	CONGETTA SAETTA		AIASARCOFELI@PEC.IT AIAS AIAS NAZIONALE
FEDERODONTIATRAI	SELLETTI FRANCESCO		odontoiatriacreeditati@pec.it
ANISAP	PISTO GERARDO		ANISAP@PEC.IT info@anisap.it
IPAS	PIRELLA FERNANDO		Federazione.FRAS@pec.it
CONFEDERAZIONE CAMPANIA	GIOVANNI SABBATO EUGENIO SABBATO	 	STANCO@UNINDUSTRIA.NA.IT

Incontro del 28 dicembre 2023 sui limiti di spesa della Specialistica Ambulatoriale

QUALIFICA: Regione / Associazione	Nominativo dei Partecipanti	Firma dei Partecipanti	Indirizzo PEC, E-Mail, telefono, fax e cellulare
 ASPAT Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale Impero Palace - Via Impero, 10 (già Via G. Luagni) 80038 POMIGLIANO D'ARCO (NA) Cod. Fiscale e Partita I.V.A. 05964321219 FEDERWAB	RUZZI PER RAO IVANO BREDO CENNARO WARENT	  	oskotepec.it 338.68.34.545 333 0478835
FEDISALUTE	LUIGI MUTO		335 7562315
AISA	ANTONIO SALVATORE		339 5799261 AISA
SNR	BRUNO ACCARINO MARIA ESPOSITO		336 615351 b. accarino@snr.it 339 - 853 6222
ANR	MAN		
FEDERARIO	SILVIO SIMONE LEONARDO RINNOVO FEDERICA TRAVE		330673073
WTPC			

Prot. 01/24/GG
Napoli, 12 Gennaio 2024

Al Presidente della
Regione Campania
On. Vincenzo De Luca
capo.gab@pec.regione.campania.it

Al Direttore Generale
Tutela della Salute e Coordinamento SSR
Avv. Antonio Postiglione
dg.500400@pec.regione.campania.it

All'Assessore al Bilancio
Dr. Ettore Cinque
ass.bilancio@pec.regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA

**Oggetto: D.G.R.C. 800/23 – Laboratorio.
Riconoscimento strutturale extra-tetto 150mila prestazioni.**

Pregiatissimi,
con la presente **siamo ad evidenziare una grave anomalia presente nel D.G.R.C. n. 800/23 riguardante il riconoscimento strutturale dell'extra-tetto** realizzato nei limiti del 10% per i Centri che hanno erogato almeno 150.000 prestazioni per conto del S.S.N. .

Al di là delle valutazioni di ordine etico circa la diversa attribuzione dei Tetti alle strutture, riconoscendone la finalità di tendere alla completa realizzazione della rete dei laboratori, **non possiamo sottacere circa l'utilizzo del criterio del numero delle prestazioni rese in valore assoluto.**

Avemmo già modo di segnalare con la ns. prot. 58/23/GG del 23 marzo 2023, rimasta inevasa e che si allega, come questo intento presente nella bozza del documento relativo alle linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dei laboratori privati accreditati, mai emanato, fosse **in contrasto con la normativa vigente a partire dal DCA 109/2013 e ss.mm.ii. dove viene chiaramente indicato il criterio del calcolo delle prestazioni con la prestazione equivalente (PEQ) determinato in 4,48 dal DCA 59/2015 e non ci risulta essere stato emanato alcun provvedimento modificativo in merito.**

Fermo restando che **il criterio del calcolo in base al valore assoluto di prestazione penalizza fortemente le strutture in possesso di diversi settori di specializzazione al punto da farli considerare sotto soglia, utilizzare il criterio delle 150.000 prestazioni come ulteriore parametro di valutazione ai fini dell'allegato B della DGRC 215/22, espone il provvedimento a rischio di nullità.**

Pertanto, essendo i Tetti 2024 stabiliti in via provvisoria auspichiamo che venga riadattato il criterio della PEQ, fosse anche limitato all'ultimo esercizio per evitare contenziosi certi.

Precisiamo da ultimo che la nostra Associazione, per spirito di servizio e per consentire agli associati il pagamento delle prestazioni rese, ha sottoscritto il protocollo d'Intesa 2024 in via provvisoria e si riserva di sottoscrivere quello definitivo solo se verranno apportate le modifiche richieste.

Cordiali saluti.

Il Presidente
Dr. Gaetano Gambino



All. Ns. prot. 58/23/GG

**Al Presidente della
Regione Campania
On. Vincenzo De Luca**
capo.gab@pec.regione.campania.it

**Al Direttore Generale
Tutela della Salute e Coordinamento SSR
Avv. Antonio Postiglione**
dg.500400@pec.regione.campania.it

**All'Assessore al Bilancio
Dr. Ettore Cinque**
ass.bilancio@pec.regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA

Oggetto: Riorganizzazione Rete Laboratori: linee di indirizzo.

Pregiatissimi,
ci riferiamo alla bozza del documento relativo alle linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete dei laboratori privati accreditati per **rimarcare una evidente criticità nello schema previsto**.

Dal momento che <<la soglia delle 200.000 prestazioni di laboratorio deve intendersi come valore assoluto e non come prestazione equivalente (PEQ)>> **risultano fortemente penalizzate nel calcolo delle prestazioni quelle strutture che eseguono esami di alta specializzazione (lettera R) per le quali non è possibile omogeneizzare la singola prestazione con quelle di chimica clinica, vista la notevole differenza tariffaria.**

Difatti si viene a determinare che strutture di questo tipo, il cui calcolo delle prestazioni effettuato con il criterio della PEQ consentiva di raggiungere la soglia minima di efficienza, con il nuovo criterio finiscono per essere sotto soglia.

Occorrerebbe, pertanto, individuare un meccanismo differente di valutazione per dette prestazioni al fine di salvaguardare gli investimenti tecnologici ed organizzativi fatti nel tempo.

Certi che saprete individuare i giusti correttivi prima della emanazione del documento, nell'ottica della consueta collaborazione istituzionale ed al fine di evitare contenziosi, porgiamo

Cordiali saluti.

Il Presidente
Dr. Gaetano Gambino





Prot. 07/AP

18 Gennaio 2024

Associazione Sanità

Privata Accreditata Territoriale

Da aspat@pec.it

Ill.mo Presidente GRC

On. Vincenzo De Luca

capo.gab@pec.regione.campania.it

pc

All'Assessore al Bilancio

Prof. Ettore Cinque

ass.bilancio@pec.regione.campania.it

Al Presidente Quinta CCP

Sanità e Sicurezza Sociale

On. Vincenzo Alaia

5com.perm.str@pec.cr.campania.it

Al Direttore Generale

Tutela della Salute e Coordinamento SSR

Avv. Antonio Postiglione

dq.500400@pec.regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA

IN EVIDENZA

Oggetto: Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia.

**Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10
Allegato A ex DGRC 166/2022.**

Ill.mo Presidente On. De Luca,

la scrivente **Associazione di Categoria**, in concomitanza dell'incontro in sede regionale del 18 gennaio 2024, convocato sulla problematica dei requisiti attinenti il riconoscimento degli indicatori di qualità finalizzati alla definizione delle premialità afferenti ai tetti di struttura degli Erogatori privati accreditati del Servizio Sanitario Regionale, per quanto specificato in oggetto,

chiede alla S.V.III.ma

di avere delucidazioni dirimenti in ordine alla problematica de qua e, a tal uopo a supporto dell'istanza espone le sotto riportate argomentazioni.

Riteniamo doveroso significare che a nostro avviso con la Deliberazione giuntale in oggetto e correlata scheda n.8 di diabetologia (allegata) vengono a cadere i famigerati *item* requisiti nn. 15 e 16 della Scheda ST6 ex DCA n. 124/2012 – che regolavano, di là dal numero di pazienti effettivamente assistiti da ciascuna struttura, la dotazione di personale per un Centro di Diabetologia in base al raggiungimento o meno del valore di riferimento di 4.000 diabetici assistiti – per essere sostituiti dalla seguente formulazione: **«Deve essere assicurata la dotazione di personale per un Centro di Diabetologia in relazione al bacino d'utenza come previsto dalla normativa vigente»**.

L'attuale formulazione letterale, a mente del senso fatto palese dal significato delle parole secondo la loro reciproca connessione, viene pertanto a disancorare la dotazione di personale da possedere dal criterio di riferimento per così dire *“astratto”* del raggiungimento o meno della soglia dei 4.000 diabetici, ancorandola invece al criterio effettivo della commisurazione, secondo la normativa vigente, della dotazione di personale medesima *«in relazione»* al bacino di utenza di ciascuna struttura che deve essere correlato, per oggettive ragioni, ai parametri contrattuali assegnati ad ogni singolo erogatore (prese in carico derivanti dal rapporto budget su prestazioni).

Per tale motivazione, reiteriamo quanto già dettagliato nella nostra nota prot.159/AP del 28 dicembre u.s allegata al verbale del precedente incontro regionale.

- **Per la Branca di Diabetologia**, l'Associazione ha avviato una proficua interlocuzione istituzionale presso l'Ufficio del Difensore Civico regionale Avv. Giuseppe Fortunato, sulla base degli interventi dei Comitati di Pazienti diabetici e di Cittadinanzattiva Tribunale dei Diritti del Malato - Regione Campania. L'indagine conoscitiva che è stata condotta nei 31 Centri di Diabetologia di II° Livello accreditati SSR dell'intero territorio regionale, ha documentato un valore di + 89,70% di prese in carico di pazienti diabetici rispetto al valore teorico attribuibile a ciascun Centro in ragione del tetto di struttura assegnato con la DGRC 309/2022.

Se ne deduce che tale dato sull'intero parterre erogativo configura in proiezione la sotto esposta situazione:

VALORE TEORICO	VALORE REALE
41.021 PIC	77.816 PIC

In base ai budget assegnati all'intera Branca ed ai correlati volumi prestazionali contrattualizzati per il 2022 si riportano le seguenti specifiche:

77.816 PIC x 25,2 Pst (ex DCA 88/2013) = 1.960.963 prestazioni complessive.

1.960.963 Pst x € 9,60 (VMP) = € 18.825.245.

In conclusione:

- ✓ il tetto di Branca di € 10.061.776 (ex DGRC 309) assegnato per il 2022 andrebbe incrementato di soli 8.763.469 al fine di garantire continuità assistenziale ed appropriatezza erogativa secondo la vigente normativa LEA;
- ✓ allo stato la spesa media pro-capite dei pazienti diabetici presi in carico presso le strutture private accreditate regionali è di € 129,30 pari a - 46,5% del valore attribuito dal DCA 88/2013;
- ✓ conseguentemente il valore medio delle prestazioni erogate al singolo paziente diabetico è di sole 13,46 prestazioni annue, quindi in difformità alle 25,2 prestazioni previste dal richiamato DCA sull'appropriatezza.

Deferenti saluti.



ASPAT
Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

Allegati: - DGRC n.166/2022 e scheda n. 8 Allegato A.



Delibera della Giunta Regionale n. 166 del 06/04/2022

Dipartimento 50 - GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

Direzione Generale 4 - DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Oggetto dell'Atto:

REQUISITI ULTERIORI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE DELLA REGIONE CAMPANIA.

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che

- a. Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i agli articoli da 8-bis a 8-quinquies e dall'art. 8 – octies disciplina l'accreditamento istituzionale, con gli istituti strettamente collegati concernenti l'autorizzazione delle strutture sanitarie alla realizzazione e all'esercizio, nonché la stipula degli accordi contrattuali e l'attivazione di un sistema di monitoraggio e controllo sul mantenimento dei requisiti;
- b. la Regione Campania, a norma dei citati articoli del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i, ha disciplinato:
 - con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 7301 del 31.12.2001 e s.m.i. le procedure e i requisiti minimi generali e specifici che le strutture devono possedere per il rilascio dell'autorizzazione;
 - con il Regolamento 3 del 29 giugno 2006 e con il Regolamento 1 del 22 giugno 2007 e loro modifiche ed integrazioni le procedure e i requisiti ulteriori, generali e specifici, di qualificazione per il rilascio dell'accreditamento istituzionale ai soggetti pubblici e privati che erogano attività in regime ospedaliero ambulatoria e residenziale;
- c. l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Rep. n. 259/CSR) recante: "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento in attuazione dell'art 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute 2010-2012 (Rep. Atti n.243/CSR del 3 dicembre 2009)", nel rivedere la normativa sull'accreditamento:
 - ha individuato i requisiti generali ritenuti essenziali per l'accreditamento istituzionale che devono essere contenuti nella normativa di riferimento di ogni Regione e Provincia autonoma;
 - ha disciplinato, al fine di uniformare il sistema di accreditamento a livello nazionale, le modalità di funzionamento degli "Organismi Tecnicamente Accreditanti" cui è affidato il compito della verifica tecnica del possesso dei requisiti da parte delle strutture;

PRESO ATTO che

- a. Il Commissario ad acta per il piano di rientro dal disavanzo:
 - a.1) con decreto n. 51 del 4.7.2019 ha già provveduto alla modifica ed integrazione dei requisiti ulteriori generali per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private di cui ai citati Regolamenti regionali 3/2006 e 1/2007 e alla contestuale approvazione delle check list per l'asseverazione della presenza dei requisiti stessi;
 - a.2) con decreto n. 55 del 7.11.2018, modificato ed integrato con decreto commissariale 22 del 05.02.2019, ha approvato il Regolamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante ed ha definito i compiti all'interno della Direzione Generale Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR della UOD 50.04.08 "Organismo Tecnicamente Accreditante e della UOD 50.04.05 "Accreditamento;
 - a.3) con il citato decreto commissariale n. 55/2018 ha anche stabilito l'istituzione di una Commissione tecnica per la definizione dei nuovi requisiti per l'accreditamento istituzionale, prendendo quale riferimento il modello di accreditamento regionale disciplinato con i Regolamenti regionali n. 3/2006 e n. 1/2007 e le Intese approvate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano rispettivamente in data 20.12.2012 e 19.02.2015;
- b. con Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 84 del 12.03.2021, è stata nominata la Commissione tecnica prevista dal citato DCA 55/2018;
- c. con nota prot. 0408700 del 5.8.2021, a conclusione dei lavori della Commissione tecnica di cui al DD 84, sono state trasmesse al Direttore Generale per la Tutela della salute le schede numerate da 1 a 41 riportanti i requisiti ulteriori specifici, aggiornati ed integrati, per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private;

CONSIDERATO che dall'istruttoria svolta dagli uffici competenti risulta la necessità di approvare i requisiti ulteriori specifici, aggiornati ed integrati, per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie che esercitano le attività di cui alle menzionate schede numerate da 1 a 41, con la precisazione che:

- i requisiti di cui all'allegato A) al presente atto integrano i requisiti ulteriori generali già definiti con il DCA 51/2019 e sono formulati sulla base degli indirizzi contenuti negli atti di programmazione nazionali e regionali;
- in sede di rinnovo dei provvedimenti di accreditamento istituzionale e per le nuove istanze di accreditamento non comprese nelle fattispecie di cui alla DGRC 468 del 27.10.2021 i requisiti ulteriori specifici di cui all'allegato A) sostituiscono integralmente i requisiti ulteriori specifici approvati con i precedenti atti regionali per i soggetti che esercitano le attività ivi elencate;
- i requisiti ulteriori specifici delle strutture ambulatoriali devono essere posseduti anche qualora le attività siano svolte in una struttura che eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuativo o diurno;
- i requisiti specifici sono suddivisi in tre tipologie:
 - requisiti di tipo A
 - requisiti di tipo B
 - requisiti di tipo C

Sulla base della rispondenza a tali tipologie di requisiti, le strutture sanitarie pubbliche e private sono classificate in 3 classi di qualità:

- classe 1 "accreditamento con livello di qualità base"
- classe 2 "accreditamento con livello di qualità intermedia"
- classe 3 "accreditamento di qualità superiore"

Per accedere a ciascuna classe è necessario il possesso di tutti i requisiti relativi alla classe stessa;

RITENUTO di

- a. dovere approvare l'allegato A) al presente atto contenente le schede numerate da 1 a 41 riportanti i requisiti ulteriori specifici, aggiornati ed integrati, per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie che esercitano le attività ivi indicate;
- b. dover precisare che:

b.1) i requisiti di cui all'allegato A) al presente atto integrano i requisiti ulteriori generali già definiti con il DCA 51/2019 e sono formulati sulla base degli indirizzi contenuti negli atti di programmazione nazionali e regionali;

b.2) in sede di rinnovo dei provvedimenti di accreditamento istituzionale e per le nuove istanze di accreditamento non comprese nelle fattispecie di cui alla DGRC 468 del 27.10.2021 i requisiti ulteriori specifici di cui all'allegato A) sostituiscono integralmente i requisiti ulteriori specifici approvati con i precedenti atti regionali per i soggetti che esercitano le attività ivi elencate;

b.3) i requisiti ulteriori specifici delle strutture ambulatoriali devono essere posseduti anche qualora le attività siano svolte in una struttura che eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuativo o diurno;

b.4) i requisiti specifici sono suddivisi in tre tipologie:

- requisiti di tipo A
- requisiti di tipo B
- requisiti di tipo C

Sulla base della rispondenza a tali tipologie di requisiti, le strutture sanitarie pubbliche e private sono classificate in 3 classi di qualità:

- classe 1 "accreditamento con livello di qualità base"
- classe 2 "accreditamento con livello di qualità intermedia"
- classe 3 "accreditamento di qualità superiore"

Per accedere a ciascuna classe è necessario il possesso di tutti i requisiti relativi alla classe stessa;

PROPONE e la Giunta in conformità a voti unanimi

DELIBERA

Per i motivi di cui alle premesse che qui si intendono integralmente riportati:

1. di **APPROVARE** l'allegato A) al presente atto contenente le schede numerate da 1 a 41 riportanti i requisiti ulteriori specifici, aggiornati ed integrati, per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie che esercitano le attività ivi indicate;

2. di **PRECISARE** che:

2.1) i requisiti di cui all'allegato A) al presente atto integrano i requisiti ulteriori generali già definiti con il DCA 51/2019 e sono formulati sulla base degli indirizzi contenuti negli atti di programmazione nazionali e regionali;

2.2) in sede di rinnovo dei provvedimenti di accreditamento istituzionale e per le nuove istanze di accreditamento non comprese nelle fattispecie di cui alla DGRC 468 del 27.10.2021 i requisiti ulteriori specifici di cui all'allegato A) sostituiscono integralmente i requisiti ulteriori specifici approvati con i precedenti atti regionali per i soggetti che esercitano le attività ivi elencate;

2.3) i requisiti ulteriori specifici delle strutture ambulatoriali devono essere posseduti anche qualora le attività siano svolte in una struttura che eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuativo o diurno;

- 2.4) i requisiti specifici sono suddivisi in tre tipologie:

- requisiti di tipo A
- requisiti di tipo B
- requisiti di tipo C

Sulla base della rispondenza a tali tipologie di requisiti, le strutture sanitarie pubbliche e private sono classificate in 3 classi di qualità:

- classe 1 "accreditamento con livello di qualità base"
- classe 2 "accreditamento con livello di qualità intermedia"
- classe 3 "accreditamento di qualità superiore"

Per accedere a ciascuna classe è necessario il possesso di tutti i requisiti relativi alla classe stessa;

3. di **INVIARE** la presente Delibera agli Uffici di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle UOD 50.04.05 "Accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie" e alla UOD 50.04.08 "Organismo Tecnicamente Accreditante", alle Aziende Sanitarie della Campania, al Responsabile per la Trasparenza e l'Anticorruzione della Regione Campania ed al BURC per la pubblicazione.

Nome scheda		Numero
Item	DIABETOLOGIA	8
	Numero totale di items=12 di cui A=9 (75%), B=2 (17%), C=1 (8%)	Classe
	Requisito	
1	E' prevista una procedura per il collegamento con i Medici di Medicina Generale e gli specialisti d'organo per la costituzione del T.D.I. ai sensi della normativa vigente.	A
2	Esistono disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di: • modalità di compilazione; • identificazione delle responsabilità per la compilazione; • definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento.	A
3	Devono essere compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente.	C
4	Deve essere redatto un piano terapeutico per ciascun paziente.	A
5	Esiste una procedura per la trasmissione al medico di medicina generale del piano terapeutico per la prescrizione dei presidi sanitari.	A
6	Deve essere compilato il libretto del paziente per la parte di competenza secondo le indicazioni contenute nella normativa vigente.	A
7	Per ogni operatore deve essere disponibile documentazione dell'avvenuta attività formativa e di aggiornamento per il settore, secondo le previsioni della normativa vigente.	A
8	Esistono procedure per le attività di informazione ed educazione sanitaria specifiche per il settore secondo le previsioni della normativa vigente.	A
9	E' presente una procedura che documenta il rilevamento e la trasmissione alle ASL territorialmente competenti dei dati utili per il monitoraggio della applicazione delle linee guida per il diabete mellito e la corretta attuazione del percorso clinico assistenziale di cui alla normativa vigente.	A
10	Deve essere assicurata la dotazione di personale per un Centro di Diabetologia in relazione al bacino d'utenza come previsto dalla normativa vigente.	A
11	Sono effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso.	B
12	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura.	B

4

Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022.

Da posta-certificata@pec.aruba.it <posta-certificata@pec.aruba.it>

A aspat@pec.it <aspat@pec.it>

Data giovedì 18 gennaio 2024 - 11:39

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 18/01/2024 alle ore 11:39:17 (+0100) il messaggio
"Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022." proveniente da
"aspat@pec.it"
ed indirizzato a "dg.500400@pec.regione.campania.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: opec21023.20240118113915.69756.893.2.58@pec.aruba.it

 [dati-cert.xml](#)
 [postacert.eml](#)
 [smime.p7s](#)



Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022.

Da **posta-certificata@pec.aruba.it** <posta-certificata@pec.aruba.it>

A **aspat@pec.it** <aspat@pec.it>

Data giovedì 18 gennaio 2024 - 11:39

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 18/01/2024 alle ore 11:39:17 (+0100) il messaggio

"Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022." proveniente da "aspat@pec.it"

ed indirizzato a "capo.gab@pec.regione.campania.it"

è stato consegnato nella casella di destinazione.

Identificativo messaggio: opec21023.20240118113915.69756.893.2.58@pec.aruba.it

 daticert.xml

 postacert.eml

 smime.p7s

Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022.

Da posta-certificata@pec.aruba.it <posta-certificata@pec.aruba.it>

A aspat@pec.it <aspat@pec.it>

Data giovedì 18 gennaio 2024 - 11:39

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 18/01/2024 alle ore 11:39:17 (+0100) il messaggio
"Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022." proveniente da
"aspat@pec.it"
ed indirizzato a "ass.bilancio@pec.regione.campania.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: opec21023.20240118113915.69756.893.2.58@pec.aruba.it

 daticert.xml
 postacert.eml
 smime.p7s



Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022.

Da Posta Certificata Legalmail <posta-certificata@legalmail.it>

A aspat@pec.it <aspat@pec.it>

Data giovedì 18 gennaio 2024 - 11:39

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 18/01/2024 alle ore 11:39:19 (+0100) il messaggio "Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022." proveniente da "aspat@pec.it" ed indirizzato a "5com.perm.str@pec.cr.campania.it" è stato consegnato nella casella di destinazione.

Questa ricevuta, per Sua garanzia, è firmata digitalmente e la preghiamo di conservarla come attestato della consegna del messaggio alla casella destinataria.

Identificativo messaggio: opec21023.20240118113915.69756.893.2.58@pec.aruba.it

Delivery receipt

The message "Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branca di Diabetologia. Richiesta di chiarimenti circa la interpretazione relativa alla scheda n.8 item 10 Allegato A ex DGRC 166/2022." sent by "aspat@pec.it", on 18/01/2024 at 11:39:19 (+0100) and addressed to "5com.perm.str@pec.cr.campania.it", was delivered by the certified email system.

As a guarantee to you, this receipt is digitally signed. Please keep it as certificate of delivery to the specified mailbox.

Message ID: opec21023.20240118113915.69756.893.2.58@pec.aruba.it

 postacert.eml
 daticert.xml
 smime.p7s



Da aspat@pec.it

Ill.mo Presidente GRC
On. Vincenzo De Luca
capo.gab@pec.regione.campania.it

pc All'Assessore al Bilancio
Prof. Ettore Cinque
ass.bilancio@pec.regione.campania.it

Al Presidente Quinta CCP
Sanità e Sicurezza Sociale
On. Vincenzo Alaia
5com.perm.str@pec.cr.campania.it

Al Direttore Generale
Tutela della Salute e Coordinamento SSR
Avv. Antonio Postiglione
dg.500400@pec.regione.campania.it

REGIONE CAMPANIA

IN EVIDENZA

Oggetto: Macroarea Specialistica Ambulatoriale e Branche a Visita (BAV).

**Richiesta di modifiche ed integrazione della Deliberazione GRC n. 491/06
concernente rimodulazione delle Capacità Operative Massime delle
strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale.**

Ill.mo Presidente On. De Luca,

la scrivente **Associazione di Categoria**, in concomitanza dell'incontro in sede regionale del 18 gennaio 2024, convocato sulla problematica dei requisiti attinenti il riconoscimento degli indicatori di qualità finalizzati alla definizione delle premialità afferenti ai tetti di struttura degli Erogatori privati accreditati del Servizio Sanitario Regionale, per quanto specificato in oggetto,

chiede alla S.V.III.ma

di prendere in esame la richiesta di modifica ed integrazione della DGRC 491/06 concernente le Branche a Visita (BAV) pag. 20 – Burc n. 22 del 15/5/2006 e, a tal uopo, a supporto della istanza, espone le sotto riportate argomentazioni.

1. SPECIALISTICA AMBULATORIALE E SSR. LA COM PRINCIPALE INDICATORE DI QUALITA'.

In Regione Campania nell'ambito della Macroarea Specialistica Ambulatoriale, anche in considerazione delle criticità generate dal periodo pandemico, la programmazione delle attività erogative dei diversi territori provinciali ha dovuto tener conto del principio innovativo, mutuato da consolidata giurisprudenza, che la definizione dei tetti di struttura e la correlata somministrazione dei contratti 8-quinquies devono essere anticipati (sempre) da una periodica rivisitazione del fabbisogno prestazionale occorrente a garantire ai cittadini la erogazione dei LEA ai fini della continuità assistenziale.

Detta programmazione regionale, allo stato stabilita dalla DGRC 210/2022 in numero 71 milioni di prestazioni specialistiche annue, ripartite nelle nove Branche costituenti la Macroarea, riguarda l'intero Sistema dell'Accreditamento Istituzionale, sia quello a gestione diretta/statale che quello afferente al privato accreditato.

Il Decreto Ministeriale Schillaci del dicembre 2022 ha introdotto a livello nazionale significative modifiche ed integrazioni normative in ordine ai parametri di appropriatezza, qualità e sicurezza erogativa.

Tutto ciò premesso, **la problematica della COM (Capacità Operativa Massima) di ciascuna struttura operante in accreditamento SSR assume particolare rilievo** in relazione ai tetti di struttura che obbligano l'Erogatore al rispetto di quanto sistematicamente e ripetutamente codificato a livello contrattuale.

*«(da Allegato A/3 – DGRC n.800/2023 – Protocollo Specialistica – art.5 comma 4) **le prestazioni eccedenti le Capacità Operative Massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/03, 491/06 e s.m.i non potranno in alcun caso essere remunerate.**»*

2. L'ACCRESCIUTO RUOLO DEI TECNICI SANITARI NELLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE.

Giova precisare che, sin dall'inizio della formulazione dei budget di spesa nel 2003, gli Erogatori privati accreditati hanno osservato l'ottemperanza alla succitata previsione in funzione della richiesta del committente pubblico di **garantire**, in uno ad altri svariati parametri, **la QUALITA' delle prestazioni specialistiche del Servizio Sanitario Regionale.**

Come anzidetto, **le specifiche norme** susseguitesì e di cui la più attuale risale a circa quattro lustri orsono, **necessitano**, senza tema di smentite, **una completa rivisitazione**, che tenga conto dell'effettivo contributo professionale dei tecnici sanitari nella erogazione delle prestazioni specialistiche, **con particolare riguardo alle Branche costituenti il gruppo BAV – Branche a Visita.**

In analogia ad altre figure di tecnici (ad esempio i TSRM in Radiologia Medica, i Tecnici di Laboratorio biomedico in Patologia Clinica, gli Igienisti orali in Odontoiatria, etc.) la maggior parte dei tecnici sanitari operanti nelle Branche a Visita hanno contribuito ad accrescere il fattore "human intensive" delle prestazioni sanitarie integrandosi validamente con la componente medica di ciascuna specialità.



Infatti, come ampiamente documentato, il Tecnico è il diretto responsabile dello svolgimento degli esami e dei risultati ottenuti, operando in diversi ambiti lavorativi come strutture sanitarie pubbliche e private, istituti e laboratori universitari, ambulatori medici, polispecialistici ed industrie elettro-medicali.

3. LE RICADUTE PENALIZZANTI DELLA DGRC 491/06 NEL SISTEMA DELL'ACCREDITAMENTO AFFERENTE AL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.

Orbene, sulla scorta di quanto rappresentato non si può sottacere **la disparità nel trattamento delle figure tecniche professionali che concorrono al calcolo delle COM della Specialistica Ambulatoriale** ex DGRC 491/06 in quanto, allo stato, in forza della pedissequa applicazione della summenzionata Deliberazione giuntale, i Tecnici sanitari di diverse Branche a Visita (Angiologia, Cardiologia, Diabetologia e malattie del ricambio, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, etc.) sono esclusi dal computo delle Capacità Operative delle strutture in cui operano.

L'esclusione dei predetti professionisti, come evidenziato recentemente dall'Ordine dell'Area Tecnico Sanitaria, segnatamente: tecnici di neurofisiopatologia, ortottisti, audiometristi, della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, dietisti, etc. *«rappresenta, oltre ad una immotivata inversione di tendenza rispetto a tutte le Delibere dirigenziali regionali emesse anche in passato, una evidente forma di compressione dei Livelli Essenziali di Assistenza a baluardo della salute dei Cittadini»*.

Le Associazioni di Categoria datoriali della Specialistica Ambulatoriale, rappresentative del privato accreditato SSR, anche per il tramite dell'annoso lavoro ai Tavoli Tecnici Paritetici Aziendali, **hanno evidenziato la problematica COM all'Ente Regione** in considerazione dell'accresciuto ed irrinunciabile ruolo dei tecnici sanitari nello svolgimento delle prestazioni specialistiche afferenti alle Branche a Visita, segnalando, nel contempo, **con il depotenziamento dei setting erogativi, le penalizzanti e non trascurabili ricadute occupazionali che ne conseguono per il Comparto**.

In conclusione, il permanere di tale criticità implica un evidente nocumento sia agli operatori sia alle strutture erogatrici del privato accreditato che ragionevolmente deve essere portato a soluzione a tutela degli interessi legittimi e diffusi dei lavoratori tecnici, dei presidi sanitari e, conseguentemente, dei cittadini/assistiti che usufruiscono del Servizio Sanitario Regionale.

Deferenti saluti.

ASPAT
Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

11

Fasce Vetustà	PUNTEGGIO VETUSTA' (PV)
0-5 anni	+1
5,1 – 10 anni	0
OLTRE 10 anni	-1
DESUETO	-2



IT index (%) =	$\frac{\sum \text{PV macchinari}}{\sum \text{Num. macchinari}}$
----------------	---

Allegato B - DGRC 215/2022

INDICATORE	punteggi correlati al valore				
	3	2	1	0	-1
Indicatore Tecnologia	>50%	20-50%	10-19,9%	<10%	

IPOTESI 1

*** in base al IT index percentuale mi attesto in una delle quattro fasce previste dall'Al.B ex DGRC 215/2022 e si assegna il relativo punteggio alla Struttura

INDICATORE	punteggi correlati al valore				
	3	2	1	0	-1
Indicatore Tecnologia	>50%	20-50%	10-19,9%	5-9,9%	<5%

IPOTESI 2

CASO USO (1) - senza desueto

Struttura di Radiologia Classe B (Radiologia tradizionale, ecografia e TAC)

Num.	Strumentazione Qualificante	Vetustà (anni)	PUNTEGGIO	IT index (%)	Indicatore Tecnologia
1	ECOTOMOGRAFI PORTATILI	2	1	33%	2 (fascia 20-50%)
2	ECOTOMOGRAFI PORTATILI	10	0		
3	TOMOGRAFI SETTORIALI	1	1		
4	TOMOGRAFI SETTORIALI	15	-1		
5	TOMOGRAFI A MAGNETE APERTO CON INTENSITA' DI CAMPO MAGNETICO SUPERIORE A 0.5T	5	1		
6	TOMOGRAFI A MAGNETE APERTO CON INTENSITA' DI CAMPO MAGNETICO SUPERIORE A 0.5T	6	0		

CASO USO (2) - con desueto

Struttura di Radiologia Classe D (Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla)

Num.	Strumentazione Qualificante	Vetustà (anni)	PUNTEGGIO	IT index (%)	Indicatore Tecnologia
1	ECOTOMOGRAFI INTERNISTICI	1	1	29%	2 (fascia 20-50%)
2	ECOTOMOGRAFI INTERNISTICI	7	0		
3	MAMMOGRAFI CONVENZIONALI	DESUETO	-2		
4	ORTOPANTOMOGRAMFO DIGITALE	2	1		
5	ORTOPANTOMOGRAMFO DIGITALE	5	1		
6	SISTEMA CT/PET INTEGRATO	1	1		
7	SISTEMA CT/PET INTEGRATO	7	0		

CASO USO (3) - senza desueto

Struttura di Laboratorio CLASSE B - Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6

Num.	Strumentazione Qualificante	Vetustà (anni)	PUNTEGGIO	IT index (%)	Indicatore Tecnologia
1	Automazione completa con catena	5	1	80%	3 (fascia >50%)
2	Cromatografia liquida/spettrometria di massa	2	1		
3	Spettrometria di massa Maldi-ToF	3	1		
4	Strisciore/coloratore automatico, Digitalizzazione e/o intelligenza artificiale	1	1		
5	Strisciore/coloratore automatico, Digitalizzazione e/o intelligenza artificiale	10	0		

Branca Tetti	CLASSE - SETTORE	ID	Apparecchiatura	Descrizione apparecchiatura (CARATTERISTICHE PRINCIPALI)	NOTE	VETUSTA'	PUNTEGGIO
Diabetologia		1	BIOTESIOMETRO	sensibilità vibratoria	Per la valutazione delle complicanze	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		2	TERMOSKIN	DISPOSITIVO per la discriminazione termica (caldo/freddo)	Per la valutazione delle complicanze	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		3	NEUROTETER	neuropatia autonoma	Per la valutazione delle complicanze	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		4	OCULISTICA: Retinografo			0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		5	OCULISTICA: Lampada a fessura			0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		6	CARDIOLOGIA: Elettrocardiografo			0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		7	CARDIOLOGIA: Ecografo (Eco- color- doppler)			0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		8	ECOGRAFO ad uso internistico			0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		9	lampada scialitica		allestimento stanza per piede diabetico	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		10	carrello dedicato con ferri sterili (ecc.)		allestimento stanza per piede diabetico	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		11	Sterilizzatore		allestimento stanza per piede diabetico	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
Branche a Visita		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
Cardiologia		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
FKT		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
Dialisi		1					
		2					
		3					
		4					
		5					
Medicina Nucleare	TIPOLOGIA A - Scintigrafie TIPOLOGIA B - Scintigrafie e PET TIPOLOGIA C - PET/TC Solo le seguenti: 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6	1	GCC (GAMMA CAMERA COMPUTERIZZATA)	Apparecchiatura che permette di eseguire esami scintigrafici (apparecchiatura non ibrida)	Presenza di due o più teste a geometria variabile. Possibilità di effettuare scansioni tomografiche e scansioni Total Body	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		2	GTT (SISTEMA TAC GAMMA CAMERA INTEGRATO)	Apparecchiatura che permette di eseguire esami scintigrafici associati ad immagine TAC di coregistrazione (apparecchiatura ibrida).	Presenza di dispositivi e/o software dedicati per la riduzione della dose al paziente. Sistema CT "a spirale" multistrato con numero di strati (8 - 16 - 32 - 64)	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		3	SSP (SISTEMA CT/PET INTEGRATO)	Permette di eseguire esami PET associati ad immagine TAC di coregistrazione (apparecchiatura ibrida)	Modalità di acquisizione TOF (time of flight). Presenza di dispositivi e/o software dedicati per la riduzione della dose al paziente. Sistema CT "a spirale" multistrato con numero di strati (8 - 16 - 32 - 64). Sensibilità NEMA (18F) del sottosistema PET espressa in cps/KBq. Numero totale dei cristalli del sottosistema PET	0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		4	PET (TOMOGRAFO AD EMISSIONE DI POSITRONI)	Apparecchiatura di vecchia concezione che consente l'esecuzione di esami PET senza possibilità di associare immagini di coregistrazioneTAC (apparecchiatura non ibrida). Fornisce immagini meno ricche di informazioni diagnostiche rispetto al SSP	Apparecchiatura ormai desueta, sostanzialmente soppiantata nelle sue applicazioni cliniche dal SSP (Sistema CT/PET Integrato)	DESUETO	-2

Branca Tetti	CLASSE - SETTORE	ID	Apparecchiatura	Descrizione apparecchiatura (CARATTERISTICHE PRINCIPALI)	NOTE	VETUSTA'	PUNTEGGIO
RadioDiagnostica	CLASSE A - Radiologia tradizionale di base ed ecografia CLASSE B - Radiologia tradizionale, ecografia e TAC CLASSE C - Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN ≤ 1 tesla CLASSE D - Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN > 1 tesla	1	ECT01	ECOTOMOGRAFI INTERNISTICI		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		2	ECT02	ECOTOMOGRAFI PER USO CARDIOLOGICO		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		3	ECL E	ECOTOMOGRAFI PORTATILI		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		4	TAC01	TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI - INFERIORE O UGUALE A 2 STRATI	da sostituire perché inadegiati dal punto di vista clinico	DESUETO	-2
		5	TAC02	TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI - SUPERIORE A 2 STRATI ED INFERIORE A 16 STRATI	da sostituire perché inadegiati dal punto di vista clinico	DESUETO	-2
		6	TAC03	TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI - SUPERIORE O UGUALE A 16 STRATI ED INFERIORE A 64 STRATI		0-5 5 – 10 OLTRE 10	0 -1 -2
		7	TAC04	TOMOGRAFI ASSIALI COMPUTERIZZATI - SUPERIORE O UGUALE A 64 STRATI		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		8	MAG01	MAMMOGRAFI CONVENZIONALI	da sostituire perché inadegiati dal punto di vista clinico	DESUETO	-2
		9	MAG02	MAMMOGRAFI DIGITALI		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		10	TRM01	TOMOGRAFI SETTORIALI (PER ESAMI TOMOGRAFICI DELLE ESTREMITA')		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		11	TRM02	TOMOGRAFI A MAGNETE APERTO CON INTENSITA' DI CAMPO MAGNETICO INFERIORE O UGUALE A 0.5T		0-5 5 – 10 DESUETO	0 -1 -2
		12	TRM03	TOMOGRAFI A MAGNETE APERTO CON INTENSITA' DI CAMPO MAGNETICO SUPERIORE A 0.5T		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		13	TRM04	TOMOGRAFI A MAGNETE CHIUSO CON INTENSITA' DI CAMPO INFERIORE O UGUALE A 0.5T		0-5 5 – 10 DESUETO	0 -1 -2
		14	TRM05	TOMOGRAFI A MAGNETE CHIUSO CON INTENSITA' DI CAMPO SUPERIORE A 0.5T E INFERIORE O UGUALE A 3.0T		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		15	ORG 01	ORTOPANTOMOGRAFO CONVENZIONALE		0-5 5 – 10 DESUETO	0 -1 -2
		16	ORG 02	ORTOPANTOMOGRAFO DIGITALE		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
		17	SSP 01	SISTEMA CT/PET INTEGRATO		0-5 5 – 10 OLTRE 10	+1 0 -1
RadioTerapia		1	LINAC SINGOLA ENERGIA				
		2	LINAC DOPPIA ENERGIA				
		3	LINAC TRE ENERGIA				
		4	Macchinari per BRACHITERAPIA				
		5	Macchinari per TOMOTERAPIA				
		6	Macchinari per CIBER KNIFE				
		7	Macchinari per GAMMA POD				
		8	Macchinari dove si utilizza la Tecnica 3D				
		9	Controllo Posizionamento EPID				
		10	Controllo Posizionamento CBCT				
		11	Macchinari per Set-up e monitoraggio posizione del paziente				
		12	Lettino Linac di Trattamento 6DoF				
		13	Lettino Linac di Trattamento 3DoF				
		14	TAC simulatore multistrato con tecnologia 4D				
		15	TAC simulatore multistrato con tecnologia 3D				
		16	Attrezzatura Dosimetrica				
		17	MACCHINA IORT PER RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA				

Branca Tetti	CLASSE - SETTORE		ID	Apparecchiatura	Descrizione apparecchiatura (CARATTERISTICHE PRINCIPALI)	NOTE	VETUSTA'	PUNTEGGIO
Laboratorio	CLASSE A - Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1 e A2	B - generale di Base	1	Automazione completa con catena			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1
	settoressetoreA1 - chimica clinica e tossicologia		2	Cromatografia liquida/spettrometria di massa			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1
	CLASSE B - Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	settoressetoreA2 - microbiologia e sieroimmunologia	3	Spettrometria di massa Maldi-Tof			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1
	CLASSE C - Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	settoressetoreA3 - ematologia	4	Strisciatore/coloratore automatico, Digitalizzazione e/o intelligenza artificiale			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1
	settoressetoreA4 - virologia		5	PCR (Polymerase Chain Reaction) e sequenziamento del DNA			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1
	settoressetoreA5 - citoistopatologia		6	Estrazione DNA e RT-PCR o vetrini digitali o automazione intelligente flusso di lavoro			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1
	CLASSE D - Laboratori specializzati	settoressetoreA6 - genetica	7	Sequenziatori del DNA con tecnologia NGS, Sanger o Maxmam e Gilbert			0-5	+1
							5 – 10	0
							OLTRE 10	-1