

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 22 dicembre 2022, n. 1946

Determinazione del fondo unico di remunerazione per l'anno 2023, per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi in regime ambulatoriale da parte delle strutture sanitarie istituzionalmente accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della Regione Puglia - Modifiche griglie: FKT, RX e BAV - Odontostomatologia

L'Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid -19, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera – Gestioni rapporti convenzionali" e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue:

VISTO il decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 (in Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 70 del 24 marzo 2022), coordinato con la legge di conversione 19 maggio 2022, n. 52 recante: «Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza, e altre disposizioni in materia sanitaria.». ((GU Serie Generale n.119 del 23-05-2022);

Premesso che:

- Il D. Lgs. del 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e, in particolare, l'art. 8, ha regolamentato la materia concernente la contrattazione con le strutture erogatrici di prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale.
- l'art. 8 — quater — comma 1) del D.L. vo 229/1999 ha previsto che la Regione, competente per territorio, definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale (PSR), al fine di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza;
- l'art. 8 — quinquies — comma 2) del D.L. vo 229/1999, in attuazione del comma 1, ha previsto che la Regione e le AA.SS.LL. definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, indicando il volume massimo di prestazioni che le strutture si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e modalità di assistenza;
- l'art. 8 comma 5 dei decreti di riordino (D.L.vo 502/92 e D.L.vo 517/93) del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno avuto efficacia di Legge fino alla data di entrata in vigore del D.L.vo 229/1999, hanno previsto che l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) assicuri nei confronti dei cittadini, la erogazione delle prestazioni specialistiche, riabilitative, di diagnostica strumentale, di laboratorio e ospedaliera contemplate dai livelli essenziali di assistenza (LEA), secondo gli indirizzi della programmazione e delle disposizioni regionali;
- in ottemperanza a quanto statuito dai suddetti decreti, le AA.SS.LL. si avvalgono, per la erogazione delle prestazioni, dei propri Presidi, delle Aziende e degli Istituti e/o Enti di cui all'art. 4 dello stesso decreto, delle Istituzioni Sanitarie Pubbliche, ivi compresi gli Ospedali Militari, nonché delle Strutture Sanitarie Private e dei Professionisti Accreditati;
- non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del SSN, corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 - quater — comma 2 del D. L.vo. n. 229/99 e s.m.i.;
- la legge costituzionale 20 aprile 2012 n. 1 di riforma della costituzione ha eretto a principio costituzionale fondamentale l'interesse pubblico finanziario, introducendo il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, che segnatamente prevede la necessità che le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'U.E., assicurino l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico, per come, il riformato art. 81 della costituzione e la legge 24 dicembre 2012 n. 243, hanno meglio declinato, in maniera dettagliata. Pertanto, è imposto alle Pubbliche Amministrazioni ed ai soggetti concessionari di pubbliche funzioni e servizi, se destinatari di risorse finanziarie pubbliche, di operare nei limiti dei budget prestabiliti, operando, anche nel settore sanitario, politiche di spesa e scelte redistributive, tenendo conto del vincolo costituito dal cosiddetto "patto di stabilità economica e finanziario";

- ai sensi dell'art. 3 comma 1 bis del D.L.vo n. 502/1992 e dell'art. 1 del D.L.vo n. 229/1999, la ASL è un ente distinto e autonomo (Consiglio di Stato, sez. V, 24 agosto 2007, n. 4484) che disciplina la sua organizzazione e il suo funzionamento disponendo del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata (art. 5, D.L.vo n. 502/1992), con il dovere di uniformare la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità, nonché nel dovere di rispettare il vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie;
- con Legge Regionale n. 9 del 02/05/2017 e ss.mm.ii., la Regione Puglia conferisce al soggetto accreditato soltanto lo "status" di potenziale erogatore di prestazioni sanitarie, che si esplicita solo con la stipula del contratto. In particolare, l'art. 21 comma 4 della predetta L.R. e ss.mm.ii. stabilisce che le AA.SS.LL. non sono obbligate a stipulare i contratti con i soggetti privati accreditati;
- con l'art. 20 — comma 4 della L.R. n. 28/2000, la Regione Puglia ha previsto che "(...) ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.L.vo 502/92 e s.m.i. è competenza dei Direttori Generali delle AA.SS.LL., nell'ambito di quanto definito nella programmazione regionale, definire le attività da potenziare e depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni, distinto per tipologie e modalità di assistenza, che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima ASL, si impegnano ad assicurare";
- Con deliberazione di Giunta Regionale n. 1400 del 3/8/2007 avente ad oggetto: "Documento di indirizzo Economico – Funzionale del Sistema Sanitario Regionale per l'anno 2007. Assegnazione alle Aziende Unità Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed Istituti Ricovero Cura Carattere Scientifico dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2007", la Regione Puglia ha introdotto delle tariffe a remunerazione regressiva, per quanto riguarda le branche di: patologia clinica (PC), Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) e per le Branche A Visita (BAV);
- con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 04/08/2009, la Regione Puglia, tra l'altro, approvava i criteri operativi per le AA.SS.LL. per la definizione degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.L. vo n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008;
- con DGR n. 2671 del 28/12/2009, al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle AA.SS.LL. su tutto il territorio regionale e, in considerazione della specificità e numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture che erogano prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Regione Puglia provvedeva a predisporre modalità e griglie utili per l'applicazione dei criteri operativi previsti dalla DGR n. 1494/2009;
- con DGR n. 1500 del 25/06/2010 e ss.mm.ii., la Regione Puglia:
 - a) individuava nuove modalità e griglie per l'applicazione dei criteri operativi previsti dalla DGR n. 1494/2009, sostitutive di quelle di cui al punto 3) della DGR n. 2671/09;
 - b) stabiliva che, dal 01/01/2010, il fondo unico aziendale determinato per l'anno 2008, confermato per l'anno 2009, per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate, doveva essere suddiviso in n. 5 (cinque) sub fondi di branca, con riferimento al fabbisogno di prestazioni rilevato nel proprio territorio e non già come tetto di spesa assegnato al singolo erogatore;
- con DGR n. 2624 del 30/11/2010, la Regione Puglia definiva le iniziative da intraprendere, in materia di assistenza sanitaria in regime ambulatoriale, nei confronti delle Strutture Sanitarie provvisoriamente e istituzionalmente accreditate. Disposizioni, successivamente recepite dalla Giunta Regionale con DGR n. 2866 del 20/12/2010 (DIEF);
- con l'art. 3 comma 2 della Legge Regionale (L.R.) n. 12 del 24/09/2010, la Regione Puglia vietava l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi di cui al comma 1);
- con L.R. n. 2 del 09/02/2011, la Regione Puglia approvava l'accordo sottoscritto in data 09/11/2010 tra il Ministro della Salute, il Ministro delle Economie e Finanze, in relazione al "piano di rientro" e riqualificazione del SSR 2010-2012 e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1 comma 180 della Legge 30/12/2004 n. 311 del 30/12/2004, deliberato dalla Giunta Regionale con DGR n. 2624 del 30/11/2010;
- con Decreto Legge n. 95 del 06/07/2012, convertito nella Legge n. 135 del 07/08/2012, al comma 14

- dell'art. 15, è stato previsto l'obbligo di adeguare tutti i contratti e singoli accordi vigenti per l'acquisto di prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati accreditati, con la riduzione del 2% della spesa da sostenersi nell'anno 2014 rispetto a quella consuntivata per l'anno 2011;
- con DGR n. 951 del 13/05/2013, la Regione Puglia approvava il nuovo tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR con riferimento al Decreto Ministeriale del 18/10/2012, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale suppl. n. 23 del 28/01/2013, confermando gli sconti del 20% per la Branca di Patologia Clinica e del 2% per le restanti branche;
 - con DGR n. 1304 del 09/07/2013, la Regione Puglia modificava e integrava la DGR n. 951/2013, procedendo all'eliminazione, con effetto dal 01/06/2013, degli sconti del 20% per la Branca di Patologia Clinica e del 2% per le restanti branche e, al contempo, disponendo alle AA.SS.LL. di rideterminare i fondi unici di remunerazione di branca e i relativi tetti di spesa di ogni singola struttura privata accreditata, secondo le indicazioni fornite dall'Assessorato al Welfare e, comunque, in proporzione all'incidenza al proprio volume di prestazioni rispetto alla maggiore spesa;
 - con nota prot. AOO_151 n. 8567 del 29/07/2013, la Regione Puglia comunicava ad ogni singola Azienda, la quota economica da detrarre dal fondo unico di remunerazione con riferimento a ogni singola branca specialistica per un importo complessivo € 2.127.269,12=;
 - con nota prot. AOO_151 n. 22 del 02/01/2014, la Regione Puglia evidenziava che, con L.R. n. 4 del 25/04/2010, le prestazioni di Terapia fisica, che tuttavia erano solo alcune e non già tutte quelle previste dal D.M. 22/07/1996 per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione — Recupero e Riabilitazione Funzionale dei Motulesi e Neurolesi, già autorizzate in deroga per effetto della dichiarazione a verbale n. 6 co. 4 dell'ACN Enti FNOOM del 14/07/1973, non erano più erogabili con oneri a carico del SSR. Infatti, le prestazioni ricomprese nell'allegato 2 al DPCM 29/01/2001, venivano escluse dal tariffario regionale, giusta nota regionale prot. AOO_151 n. 2667 del 09/03/2010. Tenuto conto che dette prestazioni non sono più erogabili con oneri a carico del SSR, non è ammissibile la costituzione di un fondo ad hoc denominato Terapia fisica. Pertanto, l'importo assegnato a tale fondo è da ricomprendersi nel fondo della Branca di Medicina Fisica e Riabilitativa;
 - con nota prot. AOO_151 n. 917 del 03/02/2014, la Regione Puglia sottolineava la non corretta applicazione da parte delle AA.SS.LL., di quanto previsto dal comma 14 art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, stabilendo che *“per l'anno 2014 si dovrà applicare la riduzione del 2% prevista da detta norma sulla spesa consuntivata per l'anno 2011”*;
 - con nota prot. AOO_151 n. 1077 del 10/02/2014, il Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia, al fine di garantire uniformità di comportamento a livello regionale per la determinazione dei fondi unici di remunerazione per l'anno 2014 e per l'applicazione dei criteri previsti dalla DGR n. 1500/2010 e s.m.i., convocava i responsabili e/o delegati delle Unità Operative Gestione Amministrativa Personale Convenzionato delle AA.SS.LL.;
 - con nota prot. AOO_151 n. 1731 del 24/02/2014, la Regione Puglia trasmetteva le linee guida per l'applicazione della DGR n. 1500/2010 ss.mm.ii. come da verbale n. 1/2014 avente a oggetto *“Determinazione fondi unici di remunerazione per l'anno 2014”*, a seguito dell'incontro tenutosi in data 13/02/2014 presso l'Assessorato al Welfare della Regione Puglia;
 - con nota prot. AOO_151 n. 931 del 28/01/2015, la Regione Puglia nell'evidenziare che *“(...) l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, e con il fabbisogno assistenziale aziendale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2014 D l'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78 del 19/06/2015, convertito nella Legge n. 125 del 06/08/2015, disponeva che “(...) le Regioni o gli Enti del SSN ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del SSN rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato di almeno l'1% del valore complessivo della relativa spesa*

- consuntivata per l'anno 2014 (...)*"; giusto art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015 convertito nella Legge n. 125/2015;
- a seguito di apposita intesa sancita in data 02/07/2015, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e, in particolare, al punto B.1. *"Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale"*, con decreto del Ministro della Salute del 09/12/2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale in data 20/01/2016, si provvedeva a individuare le condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN, ai sensi del D.M. 22/07/1996, disponendo, altresì, che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal D.M. sono a totale carico dell'assistito, nonché l'obbligo dei medici di conformare il proprio comportamento prescrittivo alle condizioni e indicazioni di cui al medesimo decreto ministeriale;
 - con nota prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016, la Regione Puglia comunicava, che:
 - gli accordi contrattuali 2016 dovevano prevedere che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e il fabbisogno assistenziale aziendale, fosse finanziata nel rispetto dei vincoli di bilancio e, comunque, nei limiti del consolidato anno 2014 che teneva conto degli adeguamenti di cui all'art. 15 comma 14 del D.L. n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012, in aggiunta alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. n. 12/2010 e approvato con L.R. n. 2/2011. Detto importo, come determinato anche per l'anno 2015, andava assoggettato alle prescrizioni di cui all'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015;
 - per l'anno 2016, le AA.SS.LL., dovevano procedere, sul consuntivato anno 2015 e con riferimento alle sole branche interessate, in cui dovevano essere ricondotte le prestazioni assoggettate alle particolari condizioni di erogabilità:
 - a) a determinare l'incidenza percentuale che le prestazioni di specialistica ambulatoriale interessate dall'introduzione delle "condizioni di erogabilità", hanno sull'intero sub fondo di branca;
 - b) ad effettuare la decurtazione del relativo sub fondo nella misura percentuale determinatasi, che comunque non poteva essere inferiore all'1% per ogni sub fondo né tantomeno superiore al 5%;
 - con nota prot. AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016, la Regione Puglia, in riferimento ai chiarimenti richiesti in ordine all'applicazione delle decurtazioni di cui all'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, considerata la necessità manifestata da alcune AA.SS.LL. di prevedere un percorso che contemperasse l'obbligo di eseguire le decurtazioni previste per Legge, con l'obiettivo di mantenere i livelli assistenziali e non compromettere le liste di attesa che, in alcuni casi, superano i limiti previsti per Legge, comunicava alle Direzioni generali, che nella loro piena autonomia e, in considerazione del proprio fabbisogno, nei casi in cui le decurtazioni superino il 2%, che in ogni caso rappresenterà una economia di gestione, potevano riallocare la parte residua, fino al 5%, per l'acquisto di prestazioni che afferiscono a discipline diverse nella stessa branca, ovvero a branche diverse, nel rispetto della determinazione del fondo unico di remunerazione;
 - nell'anno 2015, le branche con prestazioni interessate dall'introduzione delle "condizioni di erogabilità" di cui al D.M. 09/12/2015 sono state quelle di Medicina Fisica e Riabilitativa, Medicina di Laboratorio, Radiodiagnostica per Immagini e Odontostomatologia;
 - con nota prot. AOO_005 n. 110 del 28/03/2017, la Regione Puglia comunicava, di avviare e definire i tetti di spesa da assegnarsi per l'anno 2017, tenendo conto ai fini della determinazione del Fondo unico di remunerazione, del volume economico già assegnato nel corso dell'anno 2016, al netto delle decurtazioni previste dall'art. 9 quater comma 7 del D.L. n. 78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, in ragione delle direttive e delle prime indicazioni emanate dal Ministero della Salute giusta Circolare n. 3012-P-25 del 25/03/2016 e nel rispetto delle indicazioni regionali di cui alle note prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016 e AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016;
 - giuste note regionali prot. AOO_183 n. 191 e prot. AOO_183 n. 193 del 09/01/2018, anche per l'anno

2018, in merito alla definizione e consistenza del Fondo unico di remunerazione, nonché dei limiti di spesa da sostenersi nei confronti dei pazienti non residenti nel territorio di competenza della regione Puglia, restavano confermate le disposizioni di cui alle note prot. AOO_005 n. 110 del 28/03/2017, prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016 e prot. AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016;

- con nota prot. AOO_183 n. 2714 del 27/02/2019, la Regione Puglia comunicava, la conferma, per l'anno 2019, del Fondo Unico di remunerazione già definito nel corso dell'anno 2018, senza nulla innovare rispetto alle disposizioni impartite con note prot. AOO_005 n. 110 del 28/03/2017, prot. AOO_151 n. 1527 del 17/02/2016 e prot. AOO_151 n. 3562 del 21/04/2016;

VISTA la dichiarazione dell'OMS del 11/03/2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 veniva valutata come pandemia in considerazione dei livelli di diffusione e gravità raggiunti.

RISCONTRATO CHE:

- con nota prot. AOO_183 n. 4151 del 12/03/2020, la Regione Puglia ha disposto, a far data dal 13/03/2020 al 03/04/2020, la sospensione delle attività delle strutture private accreditate a qualsiasi titolo che erogano prestazioni ambulatoriali riconducibili alle discipline di Medicina Fisica e Riabilitativa, Radiodiagnostica per Immagini e Medicina Nucleare, Medicina di Laboratorio e Branche a Visita, ad eccezione delle prestazioni contrassegnate con classe di priorità "U" e "B";
- con nota prot. AOO_005 n. 282 del 03/04/2020, la Regione Puglia ha disposto la proroga, fino al 13/04/2020, della sospensione delle attività di cui alla nota prot. AOO_183 n. 4151 del 12/03/2020;
- con nota prot. AOO_005 n. 319 del 10/04/2020, la Regione Puglia ha disposto la proroga, fino a ulteriore e contraria disposizione, della sospensione delle attività di cui alle note prot. AOO_183 n. 4151 del 12/03/2020 e prot. AOO_005 n. 282 del 03/04/2020;
- con nota prot. AOO_005 n. 1035 del 02/05/2020, la Regione Puglia ha previsto per le strutture private accreditate per la specialistica ambulatoriale che:
 - a far tempo dal 04/05/2020, la possibilità di riattivare le attività sospese con le disposizioni innanzi menzionate, nel rispetto dei protocolli sanitari di cui all'allegato A) della medesima nota prot. AOO_005 n. 1035 del 02/05/2020 e agli allegati n. 4, n. 5 e n. 6 del DPCM 26/04/2020;
 - che l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nei limiti dei tetti di spesa assegnati nell'anno 2020, nel rispetto delle griglie compilate e autocertificate dagli erogatori, mentre in favore di pazienti extraregionali, le prestazioni debbano essere erogate nel rispetto del volume finanziario prodotto e riconosciuto a ciascuna struttura nel corso dell'anno 2011, decurtato del 2%;
 - la possibilità di trasferire nell'esercizio 2021, la quota del tetto di spesa assegnato nel corso dell'anno 2020 e non fatturato, in ragione della sospensione dell'attività determinata dal periodo emergenziale;
 - che limitatamente all'anno 2020, l'erogazione delle prestazioni non era vincolata all'obbligo del rispetto del dodicesimo dei tetti mensili, come previsto dall'art. 1 dello schema tipo di accordo contrattuale, con la conseguenza che non si applicavano le penalizzazioni previste all'art. 2 dello schema tipo di accordo contrattuale;
 - che le indicazioni formulate si riferiscono a un modello organizzativo dinamico che sarà oggetto di eventuali modificazioni e integrazioni, anche sulla base delle evidenze che dovessero emergere nella fase di applicazione pratica nonché dal confronto con le organizzazioni rappresentative di settore;
 - con deliberazione di giunta regionale n. 350 dell'8.3.2021 si disponeva l'eliminazione delle tariffe regressive ove previste e, quindi di espungere - dalla deliberazione di Giunta Regionale del 3/8/2007 n. 1400 quanto riportato nella Sezione: Prestazioni specialistiche settore privato;
 - che per l'anno 2022 si applicavano gli stessi criteri di attribuzione dei sub fondi di branca con i limiti finanziari previsti nella DGR n. 350 dell'8.3.2021

Di procedere a determinare, per l'anno 2023, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni

da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari di quanto assegnato nel corso degli anni 2021 e 2022, così come di seguito si riporta:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.192.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.930.682,52	76.420,33	2.766.530,59	13.773.633,44
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
TOTALE	102.567.577,03	1.931.802,13	39.823.583,41	144.322.962,57

Preso atto:

- degli esiti delle interlocuzioni e degli incontri avviati con le OO.RR. nelle sedute del 6/12/2022, in cui è emersa la volontà e la necessità:
 1. di disapplicare, per tutte le branche, il contenuto del punto 5 della DGR n.350/2021, in particolare al punto in cui si specifica “ di ridistribuire, all’interno di ogni singola branca (FKT, BAV, RX e PC) le risorse non utilizzate nel corso dell’anno 2021, secondo quanto definito in sede di concertazione: “Fermo restando che i tetti di spesa vanno utilizzati per dodicesimi, al 1° di settembre le AA.SS. LL. dovranno rilevare, all’interno di ogni singola branca) il fatturato già prodotto nei primi due quadrimestri. Qualora rispetto ai valori economici che le strutture avrebbero dovuto erogare e l’effettivo erogato (es. 80 nei primi otto mesi dell’anno e l’effettivo prodotto pari a 60, il delta tra 80 e 60=20 sarà prelevato nella misura del 50% = 10, ed assegnato alle strutture presenti nello stesso Comune, ovvero nel Comune più vicino della medesima ASL, anche se di Distretto diverso. Le risorse così individuate saranno assegnate all’interno di ogni branca agli aventi titolo dal 1° di Ottobre successivo “;
 2. di procedere, per la branca di RX, a modificare le griglie di valutazione nella parte relativa alla dotazione tecnologica e precisamente:
 - a) di cassare il mammografo analogico diretto, che deve intendersi superato come tecnologia;
 - b) di attribuire, per il densitometro a raggi X nonché, per il Dentalscan-TC Beam, un criterio più adeguato di valorizzazione della dotazione tecnologica fino ad un massimo in griglia di n.2 apparecchi per ogni tipo di apparecchiatura;
 - c) di modificare i punteggi in relazione alla vetustà degli ecografi;
 3. di procedere, per la branca di FKT, a modificare nella griglia, la valorizzazione dell’elettromiografo, che deve intendersi esclusivamente quello “ad ago” e non già “di superficie”;
 4. di attenersi alle linee guida di seguito riportate, in ordine alla dotazione tecnologica, ai fini della valorizzazione nella griglia, della tipologia dei lettini ed al numero degli stessi:
 - a) per lettino meccanico non si intende il lettino fisso di base, con struttura in metallo o legno, con testiera regolabile manualmente, utilizzato routinariamente per visite, trattamenti strumentali e non, manipolazioni;

- b) per lettino meccanico si intende il lettino basculante per uso fisioterapico ad azionamento manuale o elettrico, a più segmenti, che garantisce il sollevamento e il posizionamento inclinato di parte o più parti del corpo. Il lettino meccanico risulta infatti più regolabile rispetto ad altri grazie a specifici meccanismi che consentono di regolare altezza e inclinazione dei vari segmenti, adatti alla terapia di Bobath, per assumere posizione in Trendelenburg, per manipolazioni RPG, ecc. Quindi solo quest'ultima tipologia di lettino dà diritto all'attribuzione del punteggio aggiuntivo. Si precisa che, secondo quanto esplicitato nella nota regionale n.12822/2014. ogni box può contenere solo 1 lettino”;
5. di procedere, per la branca BaV – odontostomatologia ad introdurre un limite nella valorizzazione della voce *“Riuniti a norma CE completo di turbina e micromotore”* fino ad un massimo di n.7, al fine di non pregiudicare l'attività imprenditoriale e garantire l'utilizzo delle apparecchiature in relazione ai tetti di spesa assegnati;
 6. di procedere, per tutte le branche, a confermare il mantenimento della penalizzazione del 5% e dell'1% nel caso di mancato rispetto degli obblighi di cui all'art.2, co.1, lett. d) del contratto tipo;
 7. di prevedere che la sanzione dell'1% si applica solo in caso di scostamento nella misura superiore al 10% dei valori economici da garantire nell'arco di un quadrimestre;
 8. di disapplicare la valorizzazione nelle “griglie” delle le figure professionali ultrasessantenni a seguito della cessazione dello stato di emergenza dichiarato al 31 marzo 2022.

**Verifica ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679
Garanzie di riservatezza**

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati. Non vi sono adempimenti di pubblicazione e notifica in ottemperanza alla normativa sulla privacy.

Valutazione di impatto di Genere

La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022.

L'impatto di genere stimato è:

- diretto
- indiretto
- neutro

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.lgs. n. 118/2011 E ss.mm.ii.

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 trattandosi di ricognizione dei fondi assegnati all'interno della specialistica ambulatoriale privata accreditata.

Il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al d.lgs. n. 118/2011.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art 4 lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta:

1. di stabilire, per l'anno 2023, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari di quanto già assegnato negli anni 2021 e 2022, è così di seguito ripartito:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.192.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.930.682,52	76.420,33	2.766.530,59	13.773.633,44
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
TOTALE	102.567.577,03	1.931.802,13	39.823.583,41	144.322.962,57

Fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, si propone:

2. di modificare, per le Branche di: Branche a visita (BAV), Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT), e Radiodiagnostica (RX), le griglie di valorizzazione delle strutture accreditate ai fini dell'attribuzione dei singoli tetti di spesa, così come richiamati negli allegati, contrassegnati rispettivamente con le lettere : A), B), C), ivi comprese le linee guida, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
3. di confermare, per la sola branca di patologia clinica, la valorizzazione delle strutture accreditate utilizzando le griglie già in uso per gli anni 2021 e 2022, uniformandosi ai criteri di cui alla DGR 19 marzo 2019 n. 503;
4. di prevedere, in vigore della L.R. n.30 del 30.11.2022 pubblicata sul BURP n.131 suppl. del 1.12.2022, che:
 - a) il valore soglia di efficienza delle duecento mila prestazioni che le strutture private accreditate devono garantire ai fini della contrattualizzazione all'interno dell'aggregazione secondo il Modello A) è riferito alla aggregazione e non già alla singola struttura;
 - b) le strutture che si evolvono o si sono già evolute verso il modello B1) mantengono i tetti di spesa già assegnati nel corso dell'anno 2022, a condizione che mantengano i requisiti organizzativi, fatte salve eventuali dimissioni per ragioni di limiti di età;
 - c) per le strutture che hanno già esercitato o intendono esercitare l'opzione per il modello B1 di perfezionare gli atti inderogabilmente entro il 31.1.2023, per consentire la predisposizione del provvedimento ricognitivo;
5. di confermare per le strutture che, per qualsiasi motivo, non possono confluire in aggregazioni di reti, ai fini della contrattualizzazione si deve fare riferimento al volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno precedente alla contrattualizzazione stessa e non già all'anno 2015. Resta inteso che le strutture interessate

devono essere in grado di produrre autonomamente le 200.000 prestazioni, quale soglia minima per erogare prestazioni con oneri a carico del SSN;

6. di proporre, per tutte le branche, la conferma del mantenimento della penalizzazione del 5% e dell'1% nel caso di mancato rispetto degli obblighi di cui all'art.2, co.1, lett. d) del contratto tipo;
7. di proporre che la sanzione dell'1% si applica solo in caso di scostamento nella misura superiore al 10% dei valori economici da garantire nell'arco di un quadrimestre;
8. di proporre nelle "griglie" la disapplicazione della valorizzazione delle le figure professionali ultrasettantenni a seguito della cessazione dello stato di emergenza dichiarato al 31 marzo 2022.
9. di confermare il congelamento della quota "fuori ASL", - DGR 1500/2010, All. A, punto 6, correlandola al volume economico corrispondente a quanto erogato nel corso dell'anno 2019. Tale quota nel corso degli anni non potrà essere superata. In caso di superamento le strutture erogatrici, destinatarie di tale quota, subiranno una decurtazione percentuale in relazione all' eccedenza prodotta;
10. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011;
11. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed alle strutture ambulatoriali private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
12. di notificare il presente provvedimento al Dirigente sella Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità - Sport per tutti";
13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera"

Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE "Strategie e Governo dell'Offerta"

Mauro NICASTRO

Il Direttore di Dipartimento ai sensi dell'art. 18, comma 1, Decreto del Presidente della Giunta regionale 31 luglio 2015, n. 443 e ss.mm.ii. non ravvisa la necessita di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015.

IL Direttore di Dipartimento Vito MONTANARO

L'Assessore: **Rocco PALESE**

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente schema di provvedimento, dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera - Gestione rapporti convenzionali" e dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta";
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di stabilire, per l'anno 2023, il fondo unico di remunerazione regionale, per le prestazioni da erogarsi in regime ambulatoriale da parte degli erogatori privati accreditati, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti finanziari di quanto già assegnato negli anni 2021 e 2022, è così di seguito ripartito:

AA.SS.LL.	TETTO INTRAREGIONALE	TETTO EXTRAREGIONALE	PRESTAZIONI DI DIALISI	TOTALE
ASL BA	32.038.030,95	1.069.015,73	18.084.988,79	51.192.035,47
ASL BR	8.900.305,97	36.284,31	2.220.000,00	11.156.590,28
ASL BT	10.930.682,52	76.420,33	2.766.530,59	13.773.633,44
ASL FG	7.922.174,42	494.875,65		8.417.050,07
ASL LE	26.914.192,00	181.998,87	6.852.064,03	33.948.254,90
ASL TA	15.862.191,17	73.207,24	9.900.000,00	25.835.398,41
TOTALE	102.567.577,03	1.931.802,13	39.823.583,41	144.322.962,57

Fermo restando la facoltà demandata ai DD.GG. delle AA.SS.LL. di stabilire, sulla base del proprio fabbisogno, volumi e tipologie di prestazioni da acquistare, si dispone:

2. di modificare, per le Branche di: Branche a visita (BAV), Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT), e Radiodiagnostica (RX), le griglie di valorizzazione delle strutture accreditate ai fini dell'attribuzione dei singoli tetti di spesa, così come richiamati negli allegati, contrassegnati rispettivamente con le lettere: A), B), C), ivi comprese le linee guida, che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
3. di confermare, per la sola branca di patologia clinica, la valorizzazione delle strutture accreditate utilizzando le griglie già in uso per gli anni 2021 e 2022, uniformandosi ai criteri di cui alla DGR 19 marzo 2019 n. 503;
4. di prevedere, in vigore della L.R. n.30 del 30.11.2022 pubblicata sul BURP n.131 suppl. del 1.12.2022 che:
 - a) il valore soglia di efficienza delle duecento mila prestazioni che le strutture private accreditate devono garantire ai fini della contrattualizzazione all'interno dell'aggregazione secondo il Modello A) è riferito alla aggregazione e non già alla singola struttura;
 - b) le strutture che si evolvono o si sono già evolute verso il modello B1) mantengono i tetti di spesa già assegnati nel corso dell'anno 2022, a condizione che mantengano i requisiti organizzativi, fatte salve eventuali dimissioni per ragioni di limiti di età;

- c) per le strutture che hanno già esercitato o intendono esercitare l'opzione per il modello B1 di perfezionare gli atti inderogabilmente entro il 31.1.2023, per consentire la predisposizione del provvedimento ricognitivo;
5. di confermare per le strutture che, per qualsiasi motivo, non possono confluire in aggregazioni di reti, ai fini della contrattualizzazione si deve fare riferimento al volume di prestazioni erogate nel corso dell'anno precedente alla contrattualizzazione stessa e non già all'anno 2015. Resta inteso che le strutture interessate devono essere in grado di produrre autonomamente le 200.000 prestazioni, quale soglia minima per erogare prestazioni con oneri a carico del SSN;
 6. di disporre, per tutte le branche, la conferma del mantenimento della penalizzazione del 5% e dell'1% nel caso di mancato rispetto degli obblighi di cui all'art.2, co.1, lett. d) del contratto tipo;
 7. di disporre che la sanzione dell'1% si applica solo in caso di scostamento nella misura superiore al 10% dei valori economici da garantire nell'arco di un quadrimestre;
 8. di disporre nelle "griglie" la disapplicazione della valorizzazione delle le figure professionali ultrasessantenni a seguito della cessazione dello stato di emergenza dichiarato al 31 marzo 2022;
 9. di confermare il congelamento della quota "fuori ASL", - DGR 1500/2010, All. A, punto 6, correlandola al volume economico corrispondente a quanto erogato nel corso dell'anno 2019. Tale quota nel corso degli anni non potrà essere superata. In caso di superamento le strutture erogatrici, destinatarie di tale quota, subiranno una decurtazione percentuale in relazione all' eccedenza prodotta;
 10. di confermare il tetto di spesa complessivo regionale per le prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture private accreditate a favore dei pazienti extraregionali, tale da ridurre la spesa annua del 2% rispetto a quella consuntivata nel corso dell'anno 2011;
 11. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. ed alle strutture ambulatoriali private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
 12. di notificare il presente provvedimento al Dirigente della Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità - Sport per tutti";
 13. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

ALLEGATO A)

STRUTTURA EROGANTE _____

CODICE SISR _____

BRANCA SPECIALISTICA ODONTOIATRIA

		Punti	Quantità E dichiarazioni		Punteggio assegnato
A	DOTAZIONI TECNOLOGICHE				
	Riunito a norma CE completo di turbina e micromotore *	5			
	Ortopantomografo	2	SI	NO	
	Radio videografia	2	SI	NO	
	Apparecchio RX endorale (1 per ogni Riunito)	1			
	Scanner Intraorale	2	SI	NO	
	Dispositivi ottici di ingrandimento prismatici o galileiani (1 per ogni Riunito)	1			
	Videocamera Intraorale	2	SI	NO	
	Laser	2	SI	NO	
	Elettrobisturi (1 per ogni Riunito)	1			
	Apparecchi ad ultrasuoni(detartrasi) (1 per ogni Riunito)	1			
	Deminerizzatore- depuratore d'acqua Centralizzato	2	SI	NO	
	Motore Chirurgico (1 per ogni Riunito)	1			
	Motore per terapie canalari (1 per ogni Riunito)	1			
	Autoclave a ciclo certificato	1	SI	NO	
	Imbustatrice – Sigillatrice strumenti	1			
	Locale esclusivo per sterilizzazione	2	SI	NO	
B	PERSONALE: Dipendenti o collaborazione Professionale (da fornire all' ASL documenti e contratti)				
	Titolare della Struttura – (Specialista in Odontoiatria o Laureato in Odontoiatria) esercente l'attività nella Struttura - o Medico specialista in Odontoiatria o Laureato in Odontoiatria esercente l'attività nella Struttura (per ogni unità Operativa)	6			
	Tecnico di branca laureato –Igienista dentale	4			
	Assistente alla Poltrona (Per ogni Riunito)	2			
	Dipendente Amministrativo a tempo pieno	3			
C	ULTERIORI STANDARD FINALIZZATI AD UNA MIGLIORE ACCOGLIENZA				
	Sala attesa con annesso bagno per portatori di handicap	2	SI	NO	
	Ambiente esclusivo segreteria amministrativa	2	SI	NO	
	Pagamento con POS	2	SI	NO	
	Ambiente climatizzato (sala attesa ed ambienti operativi)	2	SI	NO	
	Superficie 0.04 mq fino ad un massimo di otto punti	0.04/mq			
D	ACCESSIBILITA'				
	Apertura per 36 ore settimanali	4			
	Totale punteggio assegnato				

* Fino ad un massimo di n. 7 riuniti

NB: tutti i punteggi sono rapportati al tempo pieno (36 ore settimanali) anche quello relativo all'apertura. Eventuali impegni orari diversi dovranno essere valutati in proporzione. Il personale di studio e sanitario dev'essere presente per lo stesso numero di ore di apertura dello studio.

ALLEGATO B)

MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA**STRUTTURA EROGANTE****CODICE SISR**

		punti	Quantità e dichiarazioni	punt. assegnato
a	MODALITA' E POTENZIALITA' EROGATIVA			
	Dotazione tecnologica			
	Elettromiografo ad ago ***	2		
	Lettilino meccanico	1		
	Elettroterapia	1		
	Magnetoterapia	1		
	Infrarossi	1		
b	PERSONALE *			
	Dipendenti a tempo indeterminato o collaborazione libero professionale con rapporto di lavoro a tempo pieno			
	per ogni operatore socio-sanitario	1		
	per ogni tecnico della riabilitazione	2		
	per ogni fisiatra	3		
	per ogni medico neurologo	3		
	per ogni infermiere	1		
	per ogni amministrativo	1		
c	COLLEGAMENTO AL CUP			
	Conferimento agenda	4	Si No	
d	ACCESSIBILITA'			
	Requisiti strutturali			
	Piano terra	4	Si No	
	Dal primo piano in su (in regola con le norme sull'abbattimento delle barriere architettoniche)e)	2	Si No	
	Requisiti funzionali			
	Ore programmate per l'esecuzione delle prestazioni: fino a 6	2	Si No	
	Ogni ora programmata in più per l'esecuzione delle prestazioni (in aggiunta ad ore 6)	2		
e	CORRETTEZZA RAPPORTI UTENZA			
	Assenza di reclami pervenuti agli URP delle ASL o della Regione rilevata e definita a cura dell'ASL	2	Si No	
f	RISPETTO ISTITUTI CONTRATTUALI			
	Nessuna vertenza di lavoro negli ultimi 3 anni definita e con condanna passata in giudicato	2	Si No	
	Inappropriatezza (oltre il 5% delle ricette inviate) **	-1	Si No	
g	ULTERIORI STANDARD FINALIZZATI AD UNA MIGLIORE ACCOGLIENZA			
	sala attesa servita con annesso bagno per utenza	2	Si No	
	sala attesa con annesso bagno per portatori di handicap	2	Si No	
	ambiente riscaldato	2	Si No	
	ambiente climatizzato	2	Si No	
	Biglietto elimina code	2	Si No	
	Apertura il sabato	4	Si No	
	Spazi:			
	minore di 300 mq	1	Si No	
	tra 300 mq e 500 mq	4	Si No	
	maggiore di 500 mq	8	Si No	
	Box attivi	2		
TOTALE PUNTEGGIO ASSEGNATO				

*I rapporti part-time saranno valorizzati fino alla concorrenza dell'unità a 36 ore

** Per inappropriatezza s'intende solo quella prescrittiva con riferimento al piano terapeutico. Eventuali inesattezze circa i dati anagrafici non vanno valutate in quanto già assorbite dalle sanzioni.

*** Massimo n. 2 per struttura

NB. I punteggi totali sono calcolati al 80% per le strutture facenti capo a Case di cura in ragione che l'attività svolta da quest'ultima è rivolta principalmente per le prestazioni di ricovero

Linee guida valutazione dotazione strumentale

Ai fini della valorizzazione del punteggio spettante, la dotazione strumentale deve essere considerata quella in uso, senza alcuna possibilità di estensione alle scorte di magazzino. Tale dotazione inoltre deve essere rapportata al numero degli ambienti adibiti ad ogni specifica attività.

- Punti 2 per elettromiografo con effettiva fornitura di prestazioni incluse nell'atto autorizzativo. Per Elettromiografo è da intendere esclusivamente l'apparecchio ad ago, con esame effettuato da neurologo e/o fisiatra, e non quello di superficie che, invece non dà diritto a punteggio.
- Punti 1 per lettino meccanico. Per lettino meccanico non si intende il lettino fisso di base, con struttura in metallo o legno, con testiera regolabile manualmente, utilizzato routinariamente per visite, trattamenti strumentali e non, manipolazioni. Per lettino meccanico si intende il lettino basculante per uso fisioterapico ad azionamento manuale o elettrico, a più segmenti, che garantisce il sollevamento e il posizionamento inclinato di parte o più parti del corpo. Il lettino meccanico è infatti più regolabile rispetto ad altri grazie a specifici meccanismi per consentire di regolare altezza e inclinazione dei vari segmenti, adatti alla terapia di Bobath, per assumere posizione in Trendelenburg, per manipolazioni RPG, ecc.. Quindi solo quest'ultima tipologia di lettino dà diritto all'attribuzione del punteggio aggiuntivo. Si precisa che, secondo quanto esplicitato nella nota regionale n.12822/2014. ogni box può contenere solo 1 lettino.

ALLEGATO C)

RADIODIAGNOSTICA**STRUTTURA EROGANTE****CODICE SISR**

	punti	Quantità e dichiarazioni	punteggio assegnato
a MODALITA' E POTENZIALITA' EROGATIVA			
Dotazione tecnologica * :			
Radiologia tradizionale con digitalizzazione indiretta	2		
Radiologia tradizionale con digitalizzazione diretta	3		
Mammografo digitale diretto ⁽¹⁾	3		
OPT ⁽²⁾	2		
Densitometro a raggi x ⁽³⁾	3		
Dentalscan- T.C. Cone Beam ⁽³⁾	3		
Ecografo ⁽⁴⁾ (solo apparecchiature fabbricate successivamente al 2010)	2		
T.A.C. Inferiore a 64 slide	4		
T.A.C. da 64 slide in su	8		
RMN open articolare con potenza inferiore a 0,5 tesla	4		
RMN con potenza superiore a 0,5 tesla (con anno di fabbricazione ante 2008)	6		
RMN con potenza superiore a 0,5 tesla (con anno di fabbricazione e/o aggiornamento certificato post 2008)	10		
b PERSONALE **			
Dipendenti a tempo indeterminato o collaborazione libero professionale con rapporto di lavoro a tempo pieno			
per ogni tecnico di radiologia con contratto di lavoro subordinato ⁽⁵⁾	4		
per ogni tecnico di radiologia con contratto di lavoro libero professionale ⁽⁶⁾	2		
per ogni medico radiologo (con contratto di lavoro subordinato o libero professionale)	5		
per ogni medico anestesista (con contratto di lavoro subordinato o libero professionale)	4		
per ogni infermiere con contratto di lavoro subordinato ⁽⁷⁾	4		
per ogni infermiere con contratto di lavoro libero professionale ⁽⁸⁾	2		
per ogni amministrativo con contratto di lavoro subordinato ⁽⁹⁾	4		
c ACCESSIBILITA' E SERVIZI			
Requisiti strutturali			
Per ogni metro quadro della struttura e fino ad un massimo di valorizzazione di 500 metri quadrati	0,04 X m ²		
Requisiti funzionali			
Ogni ora programmata in più per l'esecuzione delle prestazioni (in aggiunta alle 6 ore giornaliere) e comunque fino ad un massimo di 6 ore giornaliere).	0,5		
Apertura il sabato per almeno 4 ore, con disponibilità al CUP .	2	SI NO	
TOTALE PUNTEGGIO ASSEGNATO			
NOTE :			

*per ciascun apparecchio in dotazione con le limitazioni di cui alle successive note;

1 e 2	numero massimo valutabile in griglia di 2 apparecchi
3	numero massimo valutabile in griglia di 2 apparecchi
4	numero massimo valutabile in griglia di 5 apparecchi
5 e 6	numero valutabile in griglia fino ad un massimo complessivo di n. 8 unità
7 e 8	numero valutabile in griglia fino ad un massimo complessivo di n. 2 unità
9	numero massimo valutabile in griglia fino a n. 6 unità

** I rapporti di lavoro inferiori e/o superiori alle 36 ore settimanali, saranno valutati fino alla concorrenza dell'unità di misura rapportata a 36 ore settimanali. Le eccedenze (e comunque fino alla concorrenza massima di 40 ore settimanali) saranno valutate in proporzione all'unità di misura - 36 ore settimanali -

NB. I punteggi totali sono calcolati al 80% per le strutture facenti capo a Case di cura in ragione che l'attività svolta da quest'ultime è rivolta principalmente per le prestazioni di ricovero