

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA 29 gennaio 2025, n. 39
“Centro di radiologia Di Giovine - Vergantino S.r.l.” (p. IVA 03701930715). Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale, ai sensi degli artt. 3 c. 3 lett. c), 8 c. 3 e 24 c. 3 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., dell'attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine - n. 1 RMN e n. 1 TC ubicata in San Severo (FG) alla Via F. De Ambrosio n. 68/A-B.

IL DIRIGENTE DELLA STRUTTURA PROPONENTE

Vista la Legge regionale 4 febbraio 1997, n. 7 – Norme di Organizzazione dell'Amministrazione Regionale;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 3261 del 28/7/98 e s.m.i.;

Visti gli artt. 4 e 16 del D. Lgs. 165/01 e s.m.i.;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1426 del 4/10/2005;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 febbraio 2008 n. 161;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1444 del 30 luglio 2008;

Vista la Determinazione del Direttore dell'Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione n. 9 del 20/04/2015, ad oggetto *“riassetto organizzativo dell'Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità”*;

Visto il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 22 Gennaio 2021, n. 22 *“Adozione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo MAIA 2.0”* pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 15 del 28/01/2021, successivamente modificato ed integrato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 10 Febbraio 2021, n. 45;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata *“Agenda di Genere”*;

Vista la Determinazione del Direttore del Dipartimento Personale e Organizzazione n. 9 del 04/03/2022, di conferimento *ad interim* dell'incarico di Direzione del Servizio Accreditamento e Qualità;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale n. 322 del 07/03/2022 di conferimento dell'incarico di Direzione della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta;

Vista la Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n. 212 del 30/04/2024 di conferimento dell'incarico di Elevata Qualificazione *“Autorizzazione ed Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale”*;

Viste le LL.RR. del 29/12/2023 nn. 37 e 38 e la Deliberazione di Giunta Regionale n. 18 del 22/01/2024;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 26 settembre 2024, n. 1295 recante *“Valutazione di Impatto di Genere (VIG). Approvazione indirizzi metodologico- operativi e avvio fase strutturale”*.

In Bari, presso la sede della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta (SGO) sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario incaricato e dalla Responsabile d'incarico E.Q. *“Autorizzazione ed Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale”* e confermata dalla Dirigente del Servizio Accreditamento e Qualità e dal Dirigente della Sezione *Strategie e Governo dell'Offerta*, riceve la seguente relazione.

La L.R. n. 9 del 2 maggio 2017 (*“Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accREDITAMENTO istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private”*) e s.m.i. prevede:

- all'art. 3 (*“Compiti della Regione”*), comma 3, lett. c) che *“Con determinazione il dirigente della sezione regionale competente, in conformità alle disposizioni della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme sul procedimento amministrativo): (...) c) rilascia e revoca i provvedimenti di autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e socio-sanitarie di propria competenza e i provvedimenti di accreditamento. (omissis)”*;
- all'art. 8 (*“Procedimento per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”*) comma 3 che *“Alla Regione compete il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio per le strutture sanitarie e socio-sanitarie di cui all'art. 5, comma 1, nonché per i servizi di assistenza territoriale in*

regime domiciliare e per le attività di assistenza territoriale in regime domiciliare svolte dalle strutture che erogano prestazioni di assistenza territoriale residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale.”;

- all'art. 24 (“*Procedure di accreditamento e di verifica dei requisiti*”), comma 3 che: “*Ai fini della concessione dell’accreditamento, il dirigente della sezione regionale competente, verificata la funzionalità della struttura in base agli indirizzi di programmazione regionale come individuati all’atto dell’autorizzazione, in caso di esito positivo, avvia la fase istruttoria entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda e chiede la verifica sugli aspetti tecnico-sanitari e il rispetto della disciplina prevista dal CCNL di settore all’Organismo tecnicamente accreditante, il quale trasmette gli esiti entro novanta giorni dal conferimento dell’incarico. Sulla base delle risultanze delle valutazioni effettuate, il dirigente della sezione regionale competente, completata la fase istruttoria e predispone gli atti conseguenti. Gli oneri derivanti dall’attività di verifica sono a carico dei soggetti che richiedono l’accreditamento, secondo tariffe definite dalla Giunta regionale.*”.

Il R.R. n. 9 del 12 agosto 2022 (“*Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e per il rilascio dell’accreditamento istituzionale per strutture che erogano prestazioni di specialistica in regime ambulatoriale TC e RMN. Abrogazione dell’art. 1, comma 1, C., lett. c) del R.R. n. 3/2006*”) pubblicato sul BURP n. 90 suppl. del 16/08/2022 ed entrato in vigore il giorno stesso della pubblicazione, prevede all’art. 4 (“*Accreditamento*”):

- al comma 1 che: “*Ai fini dell’accreditamento il fabbisogno di RMN grandi macchine e di TC per la erogazione di prestazioni di specialistica in regime ambulatoriale è stabilito come segue:*
 - a. *n. 1 RMN ogni 120 mila abitanti e frazione superiore a 60 mila abitanti con riferimento al territorio delle ASL escluse quelle delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello ai sensi del DM 70/2015, degli IRCCS e dei P.T.A. Per i P.T.A. tale deroga opera nella misura di una RMN per ASL;*
 - b. *n. 1 TC ogni 60 mila abitanti e frazione superiore a 30 mila abitanti con riferimento al territorio delle ASL, escluse quelle delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello ai sensi del DM 70/2015 e degli IRCCS.”;*
- al comma 5 che “*Per le strutture private per le quali il parere favorevole di compatibilità è rilasciato successivamente all’entrata in vigore del presente regolamento, le istanze di accreditamento presentate nell’arco temporale del semestre di volta in volta maturato a decorrere dal 01/07/2023 sono valutate, nei limiti del fabbisogno di cui al comma 1, comparativamente e contestualmente per il medesimo ambito territoriale di riferimento, sentita la Direzione Generale dell’azienda sanitaria locale interessata, che dovrà motivare il proprio parere in relazione alla localizzazione territoriale delle apparecchiature della medesima tipologia già accreditate e all’effettiva carenza nei diversi distretti socio-sanitari di prestazioni erogate per conto e a carico del SSR, tenendo conto del fabbisogno regolamentare ancora disponibile. L’eventuale mancata rispondenza al parametro della localizzazione, come sopra identificato, comporterà il non accoglimento della relativa istanza, anche se unica.*”.

La L.R. n. 42 del 31 dicembre 2024 (“*Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2025)*”), in vigore dall’01/01/2025, all’art. 125 (“*Modifiche agli articoli 3 e 4 del r.r. 9/2022*”) prevede che “*...(omissis) alle lettere a) e b) del comma 1 dell’articolo 4 del regolamento regionale 16 agosto 2022, n. 9 (Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e per il rilascio dell’accreditamento istituzionale per strutture che erogano prestazioni di specialistica in regime ambulatoriale TC e RMN. ...(omissis), dopo la parola “livello” sono inserite le seguenti: “e ospedali di base”.*

Con Determina Dirigenziale n. 52 del 27/02/2024 il Dirigente della scrivente Sezione ha determinato di “*rilasciare, ai sensi dell’art. 7 co. 3 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., parere di compatibilità favorevole nell’ambito territoriale del DSS FG 51 – San Severo con riferimento all’arco temporale del 1° bimestre per la tipologia di struttura di specialistica ambulatoriale per la diagnostica per immagini con utilizzo delle grandi macchine di cui all’art. 5, co. 1 punto 1.6.3 della medesima L.R. n. 9/2017 e s.m.i. alla richiesta trasmessa dal Comune*

di S. Severo (FG), a seguito di istanza di autorizzazione alla realizzazione della società "Centro Di Radiologia Di Giovine – Vergantino S.r.l.", con sede operativa in S. Severo (FG) alla via F. De Ambrosio n. 68/A-B per l'installazione di n. 1 TC e di n. 1 RMN grande macchina".

Con distinte pec del 28/06/2024 acquisite dalla scrivente Sezione con prot. n. E/352860 dell'11/07/2024 il Legale Rappresentante del "Centro di radiologia Di Giovine - Vergantino S.r.l." ha trasmesso la "DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E CONTESTUALE ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELL'ATTIVITÀ per STRUTTURA SANITARIA DI RADIODIAGNOSTICA con utilizzo di grandi macchine, di cui art.5, c.1, punto 1.6.3 della L.R. n. 9/ 201 7 s.m.i. e del R.R. n. 9/2022 art.4 c.2.", chiedendo il "RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E CONTESTUALE ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELL'ATTIVITÀ SANITARIA PER LA DISCIPLINA DI RADIODIAGNOSTICA CON L'UTILIZZO DELLE GRANDI MACCHINE RISONANZA MAGNETICA E TAC, PER LA STRUTTURA DENOMINATA CENTRO DI RADIOLOGIA DI GIOVINE - VERGANTINO s.r.l. con sede operativa in VIA F. D'AMBROSIO n. 68/A-B - città di San Severo - Prov. Foggia CAP 71016.

La struttura per cui si chiede il presente Accredito Istituzionale è di tipo AMBULATORIALE MONOSPECIALISTICA (RADIODIAGNOSTICA).

A tale scopo, consapevole della responsabilità ...(omissis)

dichiara

1 che la struttura è autorizzata all'esercizio con atto n° 3 rilasciato dal Sindaco del Comune di San Severo in data 11.04.2018 prot. N. 0007872/int. Del 11.4.2018.

2 che la struttura ha ottenuto parere favorevole all'installazione di grandi macchine con Determina Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale... (omissis).

3 che la struttura è autorizzata alla installazione di grandi macchine relativa a RMN di campo magnetico superiore a 0,5 Tesla Total Body del gruppo "A" per uso diagnostico e a TAC (TC) spirale multistrato di ultima generazione con Determina del Comune di San Severo -Responsabile dell'Area V Urbanistica, Rigenerazione Urbana e Territoriale, Attività Produttive prot. N. 000783 del 02.4.2024 ...(omissis).

4 Che sono state installate, presso la sede di San Severo, una RMN Grande Macchina con magnete superconduttivo di campo magnetico statico 0.55 Tesla modello MAGNETOM Free Max - ditta Siemens ed una TAC Multidetettore spirale 64 slices modello SOMATOM GO ALL - ditta Siemens.

5 Che la RMN Grande Macchina con magnete superconduttivo di campo magnetico statico 0.55 Tesla modello MAGNETOM Free Max - ditta Siemens, dotata di ampia apertura del Gantry (80 c.m.) adatta a pazienti claustrofobici ed obesi, soddisfa pienamente i requisiti previsti dagli Standard di cui al D.M. 140.01.2021 lett.1) come comunicato agli Enti e Amministrazioni preposti entro i termini di legge con comunicazione del 27/06/2024 a firma del dott. DELIA F. (A.R.S. srl in Roma), Responsabile della Sicurezza.

6 Che per la TAC Grande Macchina Multidetettore spirale 64 slices modello SOMATOM GO ALL - ditta Siemens si è proceduto alla notifica preventiva di pratica ai sensi dell'art. 46, c.2 del D.Lgs 31.07.2020 n.101 entro i termini di legge con comunicazione in data 08/05/2024 con Verbale di Prima Verifica per Installazione di apparecchiatura TAC a firma del dott. Belluscio, Esperto Qualificato, rilasciato in data 27/06/2024.

7 che la struttura rispetta la normativa vigente in materia igienico-sanitaria e di sicurezza del lavoro ed è in possesso dei requisiti minimi in conformità a quanto richiesto dal Regolamento n°3 del 13/01/2005 e successive integrazioni introdotte dal REGOLAMENTO REGIONALE 5 febbraio 2010, n. 3 "Modifiche ed integrazioni al Regolamento regionale 13 gennaio 2005, n. 3 'Requisiti strutturali per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie." e per l'effetto:

- di accettare il sistema di pagamento a prestazione nel rispetto del volume massimo di prestazioni e del corrispettivo fissato a livello regionale e delle singole ASL e dei criteri fissati dalla Regione a norma dell'articolo 8- quinquies, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 502/92 e s.m.i. per la stipula dei contratti;
- di impegnarsi a garantire programmi interni di verifica e di promozione della qualità dell'assistenza.
- di essere consapevole che a norma dell'art. 8-quater comma 2, del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende ed Enti del Sistema Sanitario Nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art 8-quinquies, del succitato D. Lgs..

8 Che la Direzione Sanitaria è affidata al dott. Giuseppe DI GIOVINE nato a omissis il 30/10/1965 laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di Bari il 26/07./1993 e specialista in Radiodiagnostica iscritto presso l'ordine dei Medici della Provincia di Foggia e la Direzione Amministrativa al dott. Angelo VERGANTINO nato a omissis il 09/06/1962 laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università Degli Studi di Firenze il 04/10/1990 e specialista in Radiodiagnostica iscritto presso l'ordine dei Medici della Provincia di Foggia.”.

Con nota prot. 430285 del 05/09/2024, la scrivente Sezione ha invitato “il legale rappresentante della Società richiedente in tempi brevi, e comunque non oltre il termine di 15 giorni dal ricevimento della presente, alla scrivente Sezione, al Dipartimento di prevenzione dell'ASL Foggia e al Servizio Qu.O.T.A. dell'A.Re.S.S.” a trasmettere ulteriore documentazione ad integrazione della pratica e, “subordinatamente all'ottenimento della documentazione di cui ai punti precedenti dalla società richiedente, ai fini della conclusione del procedimento ...(omissis):

- il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL FG, ai sensi dell'art. 8, comma 5 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., ad effettuare idoneo sopralluogo presso la citata struttura sanitaria al fine di verificare il possesso dei requisiti minimi, generali e specifici previsti dal R.R. n. 3/2010 e s.m.i. alle Sezioni A – REQUISITI GENERALI, B.01.01 e B.01.03 (colonna di sinistra) e dalla L.R. n. 9/2017 e s.m.i., per l'autorizzazione all'esercizio ...(omissis);
- in seguito alla ricezione dell'esito positivo del parere di cui al punto precedente, il Servizio Qu.O.T.A. – A.Re.S.S., ai sensi dell'art. 24, comma 3 della L.R. n. 9/2017 s.m.i., ad effettuare idoneo sopralluogo presso la citata struttura sanitaria al fine di verificare il possesso dei requisiti ulteriori ...(omissis) previsti dal R.R. n. 3/2010 alle Sezioni A (colonna di destra, relativamente a quanto non abrogato ai sensi degli artt. 3 e 4 del R.R. n. 16/2019 e B.01.01 (colonna di destra) nonché dal R.R. n. 16/2019 (Manuale di Accreditamento per le strutture di assistenza ambulatoriale) in relazione anche alla fase “PLAN” sulla base delle griglie di autovalutazione.”.

Con pec del 13/09/2024, acquisita dalla scrivente al prot. E/451620 del 18/09/2024, il legale rappresentante della Società ha riscontrato la suddetta richiesta d'integrazione documentale.

Con pec del 02/11/2024 il SISPA Area Nord ASL FG ha trasmesso la nota prot. n. AFG-0110409-2024 del 17/10/2024, acquisita dalla scrivente Sezione con prot. n. E/545617 del 06/11/2024, rappresentando quanto segue:

“...(omissis)

- Vista la nota ... (omissis) con la quale si dava mandato al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL FG, ai sensi dell'art. 8 comma 5 della Legge R n. 9/2017 e s.m.i. ad effettuare gli accertamenti necessari ...(omissis).
- Disaminata la documentazione acquisita e valutate le risultanze del sopralluogo effettuato presso la struttura in oggetto, si è accertato che la stessa possiede i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici generali e specifici previsti dal Regolamento Regionale n. 3/2010 e s.m.i., ai fini del rilascio dell'Autorizzazione all'Esercizio dell'attività specialistica di Diagnostica per Immagini con utilizzo di Grandi Macchine — n. 1 RMN e n. 1 TC.

Esprimono Parere Favorevole

Per quanto di competenza al rilascio dell'Autorizzazione all'Esercizio ai sensi dell'art. 8 commi 5 della L.R. n.9/2017 per lo svolgimento dell'attività specialistica di Diagnostica per Immagini con utilizzo di Grandi Macchine — n. 1 RMN e n. 1 TC, relativa alla struttura denominata “Centro di Radiologia DI GIOVINE -VERGANTINO” della società “Centro di Radiologia Di Giovine — Vergantino s.r.l.”, sita in San Severo (FG) alla via F. D'Ambrosio n. 68/A-B.

Legale Rappresentante: Dott. Angelo VERGANTINO ...(omissis).

Responsabile Sanitario: Dott. Giuseppe DI GIOVINE ...(omissis) laurea in Medicina e Chirurgia con Specializzazione in Radiodiagnostica, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi, della Provincia di Foggia al n. 4878.”.

Con pec del 04/11/2024 il Dirigente del Servizio Qu.O.T.A. dell'A.Re.S.S. ha trasmesso la nota prot. n. 3662/2024 con pari data, acquisita dalla scrivente Sezione al prot. n. E/545608 del 06/11/2024, rappresentando quanto

segue:

“...(omissis)

Preso atto che, con nota prot. n.110409/AFQ del 17.10.2024 il Dipartimento di Prevenzione della ASL Foggia ha espresso parere “per quanto di competenza al rilascio dell’Autorizzazione all’Esercizio ai sensi dell’art. 8 comma 5 della L.R. n.9/2017 per lo svolgimento dell’attività specialistica di Diagnostica per Immagini con utilizzo dei Grandi Macchine – n.1 RMN e n.1 TC, relativa alla struttura denominata “Centro di Radiologia Di Giovine – Vergantino” della società della società Centro di Radiologia Di Giovine – Vergantino srl sita in San Severo (FG) alla Via F. D’Ambrosio n.68/A-B”, questo Servizio ha trasmesso, con nota prot. n.3411/QuOTA p.d., il Piano di audit per la valutazione del possesso dei requisiti di accreditamento istituzionale specifici vigenti, programmato per il giorno 22.10 u.s. In data 17.10 u.s. il Gruppo di Valutazione QuOTA ha operato attività di pre audit sulla griglia di autovalutazione dei Requisiti relativi alla Fase di “Plan” di cui al Manuale di Accreditamento per le strutture di assistenza ambulatoriale, approvato con R.R. n.16/2019 e ss.mm.ii, come compilata dalla struttura da auditare, valutandone quale congruo il suo contenuto.

Come programmato, in data 22.10 u.s. il Gruppo di Valutazione ha effettuato audit in situ, registrandone gli esiti nel Rapporto di audit, consegnato contestualmente alla struttura, non rilevando Non Conformità alcuna. Tutto ciò premesso, si esprime parere favorevole al rilascio dell’accreditamento istituzionale per l’attività sanitaria specialistica ambulatoriale di diagnostica per immagine con l’utilizzo di Grandi Macchine, ovvero n.1 RMN grande macchina e n. 1 TC presso il “Centro di radiologia Di Giovine-Vergantino S.r.l.” con sede operativa in San Severo (FG) alla Via F. De Ambrosio nn. 68/A-B, in quanto in possesso degli specifici requisiti previsti dal combinato disposto del R.R. n.3/2005 e ss.mm.ii. e del Manuale di Accreditamento per le strutture di assistenza ambulatoriale, approvato con R.R. n.16/2019 e ss.mm.ii. relativi alla fase di “Plan”, come formalmente valutati dallo scrivente Servizio.

...(omissis).”

Con nota prot. 632194 del 19/12/2024, la scrivente Sezione ha conferito incarico alla Direzione generale dell’ASL FG “finalizzato alla valutazione della “localizzazione territoriale delle apparecchiature della medesima tipologia già accreditate e all’effettiva carenza nei diversi distretti socio-sanitari di prestazioni erogate per conto e a carico del SSR, tenendo conto del fabbisogno regolamentare ancora disponibile”, pertanto anche considerando le apparecchiature installate presso le strutture pubbliche “delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello ai sensi del DM 70/2015, degli IRCCS...(omissis)” non conteggiate ai fini del fabbisogno regolamentare, **con richiesta di trasmettere alla scrivente un parere motivato ai sensi del citato regolamento regionale.**”.

Con nota prot. AFG-0005344-2025 del 14/01/2025, acquisita dalla scrivente Sezione al prot. n. 20276 del 15/01/2025, il Direttore Generale dell’ASL FG, effettuate le opportune analisi di “contesto”, “viabilità”, “popolazione e cronicità” ha rappresentato, tra l’altro, che:

“In relazione al distretto socio-sanitario di San Severo e come da richiesta del codice di struttura beta, si evidenzia che le uniche grandi apparecchiature diagnostiche presenti risultano localizzate presso il Presidio Ospedaliero “Masselli Mascia” San Severo che rappresenta, quindi, l’unico punto di riferimento per una popolazione di circa 100.000 abitanti che non risulta adeguatamente e sufficientemente servita dalle apparecchiature attualmente esistenti.

Tale situazione, peraltro, contribuisce a determinare una dilatazione dei tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche pubbliche, determinando quotidianamente un’inevitabile migrazione sanitaria significativa del bacino di utenza del distretto verso gli altri distretti della Provincia e verso la confinante Regione Molise e, dunque, indubbi disagi per i residenti del Distretto che sono costretti a spostarsi per potersi assicurare prestazioni sanitarie a loro necessarie.

Alla luce di tali elementi emerge, per il distretto di San Severo, una carenza delle prestazioni in discussione rispetto alle esigenze dello stesso distretto.

Pertanto, l’aggiunta di una RMN e di una TC accreditate rappresenta, un intervento strategico che consentirebbe di ridurre la mole di richieste di prestazioni analoghe a carico dei distretti di S. Marco in Lamis, Vico del Gargano e parzialmente anche di Lucera, oltre a limitare la mobilità sanitaria extra-regionale, garantendo così un’adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione, con miglioramento della fruizione e della

qualità del servizio a tutto vantaggio dell'utenza e delle sue primarie esigenze sanitarie.”.

Per quanto sopra, considerato che:

- il R.R. n. 9/2022, così come modificato, in ultimo, dalla L.R. n. 42/2024, stabilisce all'art. 4 (“Fabbisogno”) comma 1 che “Ai fini dell'accreditamento il fabbisogno di RMN grandi macchine e di TC per la erogazione di prestazioni di specialistica in regime ambulatoriale è stabilito come segue:
 - a. n. 1 RMN ogni 120 mila abitanti e frazione superiore a 60 mila abitanti con riferimento al territorio delle ASL escluse quelle delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello e **ospedali di base** [grassetto aggiunto – n.d.r.] ai sensi del DM 70/2015, degli IRCCS e dei P.T.A. Per i P.T.A. tale deroga opera nella misura di una RMN per ASL;
 - b. n. 1 TC ogni 60 mila abitanti e frazione superiore a 30 mila abitanti con riferimento al territorio delle ASL, escluse quelle delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello e **ospedali di base** [grassetto aggiunto – n.d.r.] ai sensi del DM 70/2015 e degli IRCCS.”;
- nell'ambito territoriale di riferimento dell'ASL di Foggia, la predetta modifica normativa non comporta, ai fini della determinazione del fabbisogno numerico di RMN grandi macchine, alcuna variazione rispetto al fabbisogno determinato precedentemente alla stessa, non risultando apparecchiature RMN grandi macchine installate presso ospedali di base;
- nel medesimo territorio provinciale, ai fini del calcolo del fabbisogno numerico di apparecchiature TC, la citata modifica normativa aumenta il fabbisogno numerico residuo di n. 1 (una) unità, dovendosi escludere dal conteggio l'apparecchiatura TC installata presso il P.O. *San Camillo de' Lellis* (ospedale di base) di Manfredonia;
- la popolazione residente nell'ambito territoriale dell'ASL FOGGIA al 1° gennaio 2024 (fonte ISTAT) è pari a 592.911 residenti per cui, ai fini dell'accreditamento, il **fabbisogno regolamentare** vigente:
 - di **RMN** è pari a **n. 5 (cinque)** grandi macchine;
 - di **TC** è pari a **n. 10 (dieci)** apparecchiature;
- nel territorio di riferimento dell'ASL risultano già accreditate complessivamente **n. 4 (quattro) RMN**, di cui n. 1 presso la STRUTTURA PUBBLICA del Poliambulatorio ASL Foggia Area centro “*ex INAM*” ubicato a Foggia in P.zza della Libertà n.1, secondo i criteri regolamentari ossia escludendo dal conteggio “*quelle delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello e ospedali di base ai sensi del DM 70/2015, degli IRCCS e dei P.T.A. Per i P.T.A. tale deroga opera nella misura di una RMN per ASL*”, e n. 3 RMN presso STRUTTURE PRIVATE, come di seguito elencate:

tipologia	Struttura	Comune	Num. RMN
Pubb.	Poliambulatorio ASL Area Centro	Foggia	1
Priv.	Studio Associato di radiologia Dottori Troia	Foggia	2
Priv.	Centro di radiologia Di Giovine - Vergantino S.r.l.	Lucera	1

- nel territorio di riferimento dell'ASL risultano già accreditate complessivamente **n. 8 (otto) TC**, di cui n. 3 presso STRUTTURE PUBBLICHE, secondo i criteri regolamentari ossia escludendo dal conteggio “*quelle delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati di I e II livello e ospedali di base ai sensi del DM 70/2015 e degli IRCCS*” e n. 5 TC presso STRUTTURE PRIVATE, come di seguito elencate:

tipologia	Struttura	Comune	Num. TC
Pubb.	Poliambulatorio ASL Area Centro	Foggia	1
Pubb.	PO F. Lastaria (osp. area particol. disagiata)	Lucera	1
Pubb.	Poliambulatorio ASL	S. Marco in Lamis	1

Priv.	Studio Associato di radiologia Dottori Troia	Foggia	1
Priv.	Casa di cura Prof. Brodetti Spa - <i>Villa Igea</i>	Foggia	1
Priv.	San Francesco Hospital Srl	Foggia	1
Priv.	Centro di radiologia Di Giovine - Vergantino S.r.l.	Lucera	1
Priv.	Imago X Ray S.r.l.	Cerignola	1

- pertanto, ai sensi del R.R. n. 9/2022, il fabbisogno numerico nel territorio dell'ASL Foggia non risulta soddisfatto ed è pari a:
 - **n. 1 (una) RMN;**
 - **n. 2 (due) TC;**
- nel medesimo ambito provinciale e nel periodo relativo al 1° semestre, maturato a decorrere dall'01/07/2023 ai sensi del RR n. 9/2022, non sono pervenute alla scrivente Sezione istanze di accreditamento istituzionale, mentre nel 2° semestre (decorrente dall'01/01/2024 al 30/06/2024), oltre all'istanza di cui alla struttura *de quo*, è pervenuta un'altra richiesta di autorizzazione all'esercizio e contestuale accreditamento dell'attività di diagnostica per immagini con utilizzo di **n. 1 TC**, per la quale il procedimento non si è ancora concluso, da conteggiare ai fini dell'allocazione del fabbisogno residuo, e che sarà oggetto di distinta determina dirigenziale;

si propone di rilasciare in capo alla società "**Centro di radiologia Di Giovine - Vergantino S.r.l.**" (p. IVA 03701930715), ai sensi degli artt. 3, c. 3 lett. c), 8 c. 3 e 24 c. 3 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., **l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale** dell'attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine (art. 5, comma 1, punto 1.6.3 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i.)

- **n. 1 RMN e n. 1 TC** ubicata in **San Severo (FG) alla Via F. De Ambrosio n. 68/A- B**, il cui Responsabile Sanitario è il dott. Giuseppe Di Giovine, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Radiodiagnostica, per le seguenti grandi macchine:

Apparecchiatura	Marca	Modello	Campo magnetico	N. Seriale
TAC 64 slices	SIEMENS	SOMATOM GO-ALL	-	204002
RMN	SIEMENS	MAGNETOM FREE MAX	0,55 T	206148

con le seguenti precisazioni:

- in caso di sostituzione del responsabile sanitario, il legale rappresentante della società è tenuto a comunicare tempestivamente al Servizio regionale competente (oltre che al Comune territorialmente competente), in relazione all'attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine le generalità del nuovo responsabile, documentare i titoli professionali da questi posseduti e produrre dichiarazione di accettazione dell'incarico ai fini della variazione, ai sensi dell'art. 10, comma 2 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., del relativo provvedimento autorizzativo;
- il rappresentante legale della società è tenuto a comunicare al Servizio regionale competente (oltre che al Comune territorialmente competente), in relazione all'attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine, ai sensi dell'art. 11, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., ogni variazione relativa al personale sanitario operante nella struttura;
- la presente autorizzazione si intende valida esclusivamente per i locali cui si riferisce;
- ai sensi dell'art. 16, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. "*Il legale rappresentante del soggetto autorizzato ha l'obbligo di comunicare immediatamente al comune o alla Regione, secondo la competenza stabilita ai sensi dell'articolo 8, e al dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente la perdita dei suddetti requisiti minimi o l'instaurarsi di cause di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio. Ove possibile, il dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale prescrive specifiche azioni mirate al ripristino della rispondenza ai criteri di legge del soggetto*

autorizzato. E' facoltà degli organi di vigilanza competenti la richiesta di documenti o di atti di notorietà redatti a cura del responsabile sanitario, comprovanti la permanenza del possesso dei requisiti minimi previsti dal regolamento regionale e attestanti l'assenza di cause di decadenza dell'autorizzazione all'esercizio, con cadenza quinquennale a partire dalla data di rilascio dell'autorizzazione e ogni qualvolta ciò sia, dagli stessi, ritenuto opportuno.”;

- l'accreditamento è detenuto subordinatamente alla sussistenza delle condizioni di cui all'art. 20 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. e dei requisiti ulteriori di cui al R.R. n. 3/2010 e s.m.i.;
- ai sensi dell'art. 21, comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., *“Le AASSLL non sono obbligate a stipulare i contratti di cui al comma 3 con i soggetti accreditati.”;*
- i competenti uffici di Gestione dei Rapporti Convenzionali dell'ASL FG sono tenuti ad espletare gli adempimenti di competenza relativi al censimento della struttura nel sistema NSIS e all'attivazione del codice STS 11 identificativo della struttura, allo scopo di consentire l'attribuzione del relativo codice regionale, e a darne comunicazione al seguente indirizzo mail: *hd.edotto@exprivia.com*;
- l'elenco delle prestazioni accreditate ai sensi del D.M. del Ministero della Salute del 26 giugno 2023, recepito con D.G.R. Puglia n. 1963 del 28/12/2023, è separatamente dettagliato con nota accompagnatoria al presente provvedimento;
- ai sensi dell'art. 24, comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. il legale rappresentante della società *“entro e non oltre il termine di scadenza di ogni triennio decorrente dalla data di rilascio dell'apposito provvedimento o di riconoscimento per legge dell'accreditamento”* dovrà rendere *“alla Regione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà della permanenza del possesso dei requisiti minimi e ulteriori previsti dal regolamento regionale o da altra specifica normativa. Nello stesso termine, il legale rappresentante rende una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di sussistenza di tutte le condizioni essenziali previste dall'articolo 20, comma 2, ai fini dell'accreditamento istituzionale. L'omessa presentazione delle dichiarazioni sostitutive nel termine previsto, comporta l'applicazione della sanzione pecuniaria stabilita dall'articolo 14, comma 10. Il legale rappresentante del soggetto autorizzato all'esercizio comunica tempestivamente al comune o alla Regione, secondo la competenza stabilita ai sensi dell'articolo 8, e al dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente, l'eventuale stato di crisi occupazionale e il dover ricorrere a forme di ammortizzatori sociali, con relazione illustrativa dello stato di crisi e delle misure da adottarsi. In caso di omessa presentazione della dichiarazione relativa alla sussistenza dei requisiti minimi e ulteriori o di omessa comunicazione prevista dal presente comma, la Regione dispone verifica ispettiva senza preavviso per l'accertamento dei medesimi e di ogni altro presupposto o condizione ai fini del mantenimento dell'accreditamento istituzionale e della sottostante autorizzazione all'esercizio.”;*
- ai sensi dell'art. 26, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., *“La Regione può verificare in ogni momento la permanenza dei requisiti stabiliti e delle condizioni previste ai fini dell'accreditamento, nonché l'attuazione delle prescrizioni eventualmente adottate con il provvedimento di accreditamento. Per tale attività di verifica si avvale dell'Organismo tecnicamente accreditante.”.*

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/03

Garanzie alla riservatezza

La pubblicazione dell'atto all'Albo, salve le garanzie previste dalla legge 241/90 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela alla riservatezza dei cittadini, secondo quanto disposto dal Dlgs 196/03 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal vigente regolamento regionale n. 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ai fini della pubblicità legale, l'atto destinato alla pubblicazione è redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento a dati sensibili, qualora tali dati fossero indispensabili per l'adozione dell'atto, essi sono trasferiti in documenti separati, esplicitamente richiamati.

ADEMPIMENTI DI CUI ALLA L.R. 28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo di entrata o di spesa

né a carico del Bilancio della Regione né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal bilancio regionale.

DETERMINA

Di prendere atto di quanto espresso in narrativa, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto e che qui si intende integralmente riportato.

Di rilasciare in capo alla società **“Centro di radiologia Di Giovine - Vergantino S.r.l.”** (p. IVA 03701930715), ai sensi degli artt. 3, c. 3 lett. c), 8 c. 3 e 24 c. 3 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., **l’autorizzazione all’esercizio e l’accreditamento istituzionale** dell’attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine (art. 5, comma 1, punto 1.6.3 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i.) - **n. 1 RMN e n. 1 TC** ubicata in **San Severo (FG) alla Via F. De Ambrosio n. 68/A-B**, il cui Responsabile Sanitario è il dott. Giuseppe Di Giovine, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Radiodiagnostica, per le seguenti grandi macchine:

Apparecchiatura	Marca	Modello	Campo magnetico	N. Seriale
TAC 64 slices	SIEMENS	SOMATOM GO-ALL	-	204002
RMN	SIEMENS	MAGNETOM FREE MAX	0,55 T	206148

con le seguenti precisazioni:

- in caso di sostituzione del responsabile sanitario, il legale rappresentante della società è tenuto a comunicare tempestivamente al Servizio regionale competente (oltre che al Comune territorialmente competente), in relazione all’attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine le generalità del nuovo responsabile, documentare i titoli professionali da questi posseduti e produrre dichiarazione di accettazione dell’incarico ai fini della variazione, ai sensi dell’art. 10, comma 2 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., del relativo provvedimento autorizzativo;
- il rappresentante legale della società è tenuto a comunicare al Servizio regionale competente (oltre che al Comune territorialmente competente), in relazione all’attività specialistica ambulatoriale di Diagnostica per Immagini con utilizzo di grandi macchine, ai sensi dell’art. 11, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., ogni variazione relativa al personale sanitario operante nella struttura;
- la presente autorizzazione si intende valida esclusivamente per i locali cui si riferisce;
- ai sensi dell’art. 16, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. *“Il legale rappresentante del soggetto autorizzato ha l’obbligo di comunicare immediatamente al comune o alla Regione, secondo la competenza stabilita ai sensi dell’articolo 8, e al dipartimento di prevenzione dell’azienda sanitaria locale territorialmente competente la perdita dei suddetti requisiti minimi o l’instaurarsi di cause di decadenza dell’autorizzazione all’esercizio. Ove possibile, il dipartimento di prevenzione dell’azienda sanitaria locale prescrive specifiche azioni mirate al ripristino della rispondenza ai criteri di legge del soggetto autorizzato. E’ facoltà degli organi di vigilanza competenti la richiesta di documenti o di atti di notorietà redatti a cura del responsabile sanitario, comprovanti la permanenza del possesso dei requisiti minimi previsti dal regolamento regionale e attestanti l’assenza di cause di decadenza dell’autorizzazione all’esercizio, con cadenza quinquennale a partire dalla data di rilascio dell’autorizzazione e ogni qualvolta ciò sia, dagli stessi, ritenuto opportuno.”*;
- l’accreditamento è detenuto subordinatamente alla sussistenza delle condizioni di cui all’art. 20 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. e dei requisiti ulteriori di cui al R.R. n. 3/2010 e s.m.i.;
- ai sensi dell’art. 21, comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., *“Le AASSLL non sono obbligate a stipulare i contratti di cui al comma 3 con i soggetti accreditati.”*;
- i competenti uffici di Gestione dei Rapporti Convenzionali dell’ASL FG sono tenuti ad espletare gli adempimenti di competenza relativi al censimento della struttura nel sistema NSIS e all’attivazione del codice STS 11 identificativo della struttura, allo scopo di consentire l’attribuzione del relativo codice regionale, e a darne comunicazione al seguente indirizzo mail: hd.edotto@exprivia.com;

- l'elenco delle prestazioni accreditate ai sensi del D.M. del Ministero della Salute del 26 giugno 2023, recepito con D.G.R. Puglia n. 1963 del 28/12/2023, è separatamente dettagliato con nota accompagnatoria al presente provvedimento;
- ai sensi dell'art. 24, comma 4 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i. il legale rappresentante della società "entro e non oltre il termine di scadenza di ogni triennio decorrente dalla data di rilascio dell'apposito provvedimento o di riconoscimento per legge dell'accreditamento" dovrà rendere "alla Regione una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà della permanenza del possesso dei requisiti minimi e ulteriori previsti dal regolamento regionale o da altra specifica normativa. Nello stesso termine, il legale rappresentante rende un dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà di sussistenza di tutte le condizioni essenziali previste dall'articolo 20, comma 2, ai fini dell'accreditamento istituzionale. L'omessa presentazione delle dichiarazioni sostitutive nel termine previsto, comporta l'applicazione della sanzione pecuniaria stabilita dall'articolo 14, comma 10. Il legale rappresentante del soggetto autorizzato all'esercizio comunica tempestivamente al comune o alla Regione, secondo la competenza stabilita ai sensi dell'articolo 8, e al dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria locale territorialmente competente, l'eventuale stato di crisi occupazionale e il dover ricorrere a forme di ammortizzatori sociali, con relazione illustrativa dello stato di crisi e delle misure da adottarsi. In caso di omessa presentazione della dichiarazione relativa alla sussistenza dei requisiti minimi e ulteriori o di omessa comunicazione prevista dal presente comma, la Regione dispone verifica ispettiva senza preavviso per l'accertamento dei medesimi e di ogni altro presupposto o condizione ai fini del mantenimento dell'accreditamento istituzionale e della sottostante autorizzazione all'esercizio.";
- ai sensi dell'art. 26, comma 1 della L.R. n. 9/2017 e s.m.i., "La Regione può verificare in ogni momento la permanenza dei requisiti stabiliti e delle condizioni previste ai fini dell'accreditamento, nonché l'attuazione delle prescrizioni eventualmente adottate con il provvedimento di accreditamento. Per tale attività di verifica si avvale dell'Organismo tecnicamente accreditante."

Di notificare il presente provvedimento:

- al legale rappresentante della Società (centroradiologiadv@pec.it);
- al Sindaco del Comune di San Severo (FG) (protocollo@pec.comune.san-severo.fg.it);
- alla Direzione generale dell'ASL FG (aslfg@mailcert.aslfg.it; direttoregenerale@mailcert.aslfg.it);
- al Dipartimento di prevenzione dell'ASL FG (dipartimento.prevenzione@mailcert.aslfg.it);
- alla Gestione Rapporti in convenzione dell'ASL FG (step@aslfg.it);
- alla Dirigente del Servizio *Sistemi Informativi e Tecnologie* del Dipartimento *Promozione della Salute e del Benessere Animale* della Regione Puglia;
- al supporto *Exprivia Sistema Edotto* (hd.edotto@exprivia.com).

Il presente provvedimento:

- è stato elaborato mediante la piattaforma informatica "Cifra2", composto da pagine progressivamente numerate, firmato digitalmente e adottato in unico originale;
- sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi della Legge Regionale 15 giugno 2023, n. 18;
- sarà pubblicato all'Albo della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta/Albo Telematico (ove disponibile);
- sarà disponibile nel sito ufficiale della Regione Puglia (ove disponibile l'albo telematico);
- viene redatto in forma integrale.

Il presente Provvedimento è direttamente esecutivo.

Firmato digitalmente da:

Funzionario Amministrativo

Angelo Donato Attolico

E.Q. Autorizzazione e Accreditamento Strutture di Specialistica Ambulatoriale
Irene Vogiatzis

Il Dirigente ad interim del Servizio Accreditamento e Qualità
Elena Memeo

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
Mauro Nicastro