

Codice A1414D

D.D. 7 giugno 2023, n. 1256

D.G.R. n. 19 - 6576 del 6 marzo 2023 - Approvazione avviso pubblico e modulistica per l'individuazione di una struttura sanitaria per la soddisfazione del fabbisogno regionale di radiochirurgia intracranica funzionale (sistema Gamma Knife).



ATTO DD 1256/A1400A/2023

DEL 07/06/2023

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400A - SANITA' E WELFARE**

OGGETTO: D.G.R. n. 19 – 6576 del 6 marzo 2023 – Approvazione avviso pubblico e modulistica per l'individuazione di una struttura sanitaria per la soddisfazione del fabbisogno regionale di radiochirurgia intracranica funzionale (sistema Gamma Knife)

Con la D.G.R. n. 19 – 6576 del 6 marzo 2023 sono stati aggiornati i requisiti autorizzativi e di accreditamento per l'attività di radioterapia, inclusi quelli per la radioterapia stereotassica/radiochirurgia, ed è stato stimato in circa 300 procedure/annue di radioterapia stereotassica il fabbisogno regionale, elaborato partendo dai flussi di mobilità interregionali dell'attività degli ultimi anni agli atti della Direzione Sanità.

La delibera menzionata dava atto che la D.G.R. n. 14 – 6039 del 2 luglio 2013, in coerenza a quanto previsto dall'art. 2, comma 4, del D.M. 18 ottobre 2012, aveva previsto remunerazioni aggiuntive *“limitatamente ad erogatori individuati e in relazione a quantitativi massimi (...) relativamente a prestazioni associate all'utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi regolamentati nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria. Per l'attribuzione dei relativi incrementi tariffari occorrerà che nella Scheda di dimissione ospedaliera siano indicati i codici di diagnosi ed intervento e il codice identificativo dell'endoprotesi o del presidio identificato, ovviamente solo nel caso in cui siano state effettivamente effettuate le relative prestazioni.”*.

Per l'effetto, quest'ultima delibera giunta aveva approvato anche le tipologie di prestazione a cui riconoscere tali remunerazioni aggiuntive, tra cui, per quanto qui di interesse, quella con sistema Gamma Knife, unitamente al codice e alla tariffa, senza tuttavia individuare le relative strutture.

La D.G.R. n. 19 – 6576 del 6 marzo 2023 ha disposto di rinviare a successivo provvedimento deliberativo l'individuazione di un centro regionale di radioterapia stereotassica/radiochirurgia, demandando alla Direzione Sanità e Welfare la ricognizione presso le AA.SS.RR. e, in subordine, l'avvio di una manifestazione di interesse presso strutture private accreditate, per l'individuazione di una struttura sanitaria localizzata preferibilmente nell'area metropolitana per la soddisfazione del fabbisogno di cui sopra, in possesso dei requisiti di cui al proprio Allegato A) nonché dotata dei servizi di Radioterapia e delle discipline necessarie all'espletamento delle specifiche attività in relazione ai distretti corporei interessati (Neurochirurgia) per l'erogazione per conto del SSR di prestazioni di radioterapia stereotassica/radiochirurgia in ambiti determinati (radiochirurgia

intracranica funzionale).

Dato atto che con nota n. prot. 22891 del 21 aprile 2023 sono state interpellate le AA.SS.RR. ai fini di cui al paragrafo precedente;

Rilevato che le Aziende Sanitarie che hanno riscontrato la nota regionale di cui sopra hanno comunicato l'impossibilità di erogare direttamente prestazioni di radioterapia intracranica con sistema Gamma Knife nell'immediato e/o nel medio periodo, necessitando di adeguamenti logistici, strutturali e organizzativi nonché di ingenti finanziamenti per investimenti che, al momento, non sono nella disponibilità regionale;

Tenuto conto che, alla luce delle risposte pervenute dalle Aziende sanitarie, al momento appare più economico e celere acquisire da strutture private accreditate e all'interno di un budget predeterminato, ai sensi degli artt. 8 quater e 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi, le prestazioni di cui trattasi, rispetto all'investimento per l'acquisto dell'attrezzatura ed all'allestimento degli ambienti occorrenti presso le Aziende ospedaliere pubbliche, in considerazione anche dell'avvio della revisione della rete ospedaliera regionale e della conseguente riorganizzazione delle attività, nonché della prospettiva, nel medio periodo, della realizzazione dei nuovi ospedali e dei progetti di trasferimento/accorpamento di strutture/attività presso altri siti.

Alla luce di quanto sopra descritto, con il presente provvedimento si intendono approvare:

1. l'avviso pubblico di manifestazione di interesse rivolto alle strutture private accreditate *omissis* per l'individuazione di una struttura sanitaria per la soddisfazione del fabbisogno di prestazioni radiochirurgiche intracraniche con sistema Gamma Knife, localizzata preferibilmente nell'area metropolitana, in possesso dei requisiti di cui all'Allegato A) alla D.G.R. n. 19 – 6576 del 6 marzo 2023 e dotata dei servizi di Radioterapia e della disciplina ospedaliera di Neurochirurgia, per l'erogazione delle suddette prestazioni per conto del SSR;
2. il modello di domanda di partecipazione all'avviso pubblico di manifestazione d'interesse di cui sopra.

Tenuto conto che la D.G.R. n. 19 – 6576 del 6 marzo 2023 ha demandato al Settore regionale "Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari", avvalendosi del gruppo tecnico regionale costituito da un fisico sanitario, un neurochirurgo e un radioterapista delle Aziende ospedaliere, l'elaborazione di un provvedimento recante il percorso diagnostico-terapeutico e le modalità operative per l'accesso, la dimissione e il *follow up* dei pazienti eleggibili a trattamenti di radioterapia stereotassica/radiochirurgia, nonché il monitoraggio dell'appropriatezza delle relative prescrizioni;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 avente ad oggetto "*Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992*", che ricomprende, tra le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, la "*radioterapia stereotassica con e senza casco con pianificazione tramite RM con sorgente di cobalto*" (cod. 92.24.C) riconducibile alla metodica Gamma Knife;

Tenuto conto che è in via di emanazione lo schema di decreto ministeriale concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale, tra cui sono ricomprese le prestazioni di "*radioterapia stereotassica con e senza casco con pianificazione tramite RM con sorgente di cobalto*";

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

Richiamato l'art. 1, comma 494, della legge n. 178 del 30 dicembre 2020, che promuove, con il coordinamento del Comitato LEA, azioni di miglioramento dei processi di mobilità sanitaria con lo "sviluppo di servizi di prossimità al fine di evitare criticità di accesso e rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei cittadini";

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n. 1 – 4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1 – 3361 del 14 giugno 2021;

IL VICARIO DELLA DIREZIONE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- D.Lgs. 502/1992 e smi;
- D.G.R. n. 19 - 6576 del 6 marzo 2023;

DETERMINA

1. di approvare l'allegato A) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, contenente l'avviso pubblico di manifestazione di interesse rivolto alle strutture private accreditate per l'individuazione di una struttura sanitaria localizzata preferibilmente nell'area metropolitana per la soddisfazione del fabbisogno di prestazioni radiochirurgiche intracraniche con sistema Gamma Knife, in possesso dei requisiti di cui all'Allegato A) alla D.G.R. n. 19 – 6576 del 6 marzo 2023 e dotata di Radioterapia e della disciplina ospedaliera di Neurochirurgia per l'erogazione delle suddette prestazioni per conto del SSR;
2. di approvare l'allegato B) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, contenente il modello di domanda di partecipazione all'avviso pubblico di manifestazione d'interesse di cui sopra;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22 del 23 luglio 2010.

IL VICARIO DELLA DIREZIONE
Firmato digitalmente da Franco Ripa

Allegato

ALLEGATO A)

AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI UNA STRUTTURA SANITARIA PER IL SODDISFACIMENTO DEL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI DI RADIOCHIRURGIA INTRACRANICA FUNZIONALE MEDIANTE GAMMA KNIFE

In esecuzione della DGR n. 19-6576 del 6 marzo 2023 e della D.D. n. del ed ai fini di cui all'oggetto è emesso il presente avviso pubblico, volto ad individuare una struttura sanitaria per il soddisfacimento del fabbisogno regionale di prestazioni di radiochirurgia intracranica funzionale (GAMMA KNIFE).

Le strutture sanitarie private interessate devono possedere i requisiti di cui all'allegato A) alla DGR n. 19-6576 del 6 marzo 2023 nonché essere dotate delle specialità accreditate di Radioterapia e della disciplina ospedaliera di Neurochirurgia per l'erogazione per conto del SSR di prestazioni di radioterapia stereotassica/radiochirurgia in ambiti specifici (radiochirurgia intracranica funzionale con metodica Gamma Knife).

La presenza delle specialità accreditate di Radioterapia e di Neurochirurgia dev'essere indicata nel modulo di cui all'allegato B) alla presente determinazione.

Le istanze di partecipazione alla manifestazione di interesse dovranno pervenire, compilando il modello di domanda allegato, **entro e non oltre il ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte**, all'indirizzo PEC del Settore "Rapporti con erogatori sanitari e socio-sanitari" regole.soggettierogatori@cert.regione.piemonte.it unitamente alla copia dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e del provvedimento di accreditamento rilasciata dai competenti Enti nonché alla restante documentazione indicata dall'allegato B).

All'istanza dovrà altresì essere allegata la documentazione tecnico-descrittiva dell'allestimento dei locali e delle attrezzature, l'indicazione del personale dedicato ed un cronoprogramma di avvio dell'attività.

Il procedimento di accreditamento che si renderà necessario relativamente alla specialità di Radiochirurgia sulla base dei nuovi requisiti stabiliti dalla DGR n. 9-6576 del 6 marzo 2023 seguirà le procedure e i termini definiti dall'attuale normativa regionale (DGR n. 31-8596 del 22 marzo 2019 e smi, DGR n. 17-803 del 15 ottobre 2010 e smi, DCR n. 616-3149 del 22 febbraio 2000 e smi, DGR n. 32-2366 del 2 novembre 2015, DD n. 725 del 15 novembre 2017, DD n. 757 del 22 novembre 2018).

Ai fini della contrattualizzazione con l'Azienda Sanitaria di riferimento ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e smi si terrà conto del fabbisogno che sarà evidenziato dalle aziende sanitarie piemontesi.

La struttura individuata dovrà impegnarsi a rispettare il protocollo relativo al percorso diagnostico-terapeutico e le modalità operative per l'accesso, la dimissione e il follow up dei pazienti eleggibili a trattamenti di radioterapia stereotassica/radiochirurgia predisposto dal competente settore regionale.

PEC / posta elettronica _____ Telefono fisso / cellulare _____

in qualità di Titolare Legale rappresentante Altro _____

2 – DATI DELLA DITTA/SOCIETÀ/IMPRESA/ENTE

Denominazione (nome della ditta/società/impresa/ente)

Forma giuridica _____

codice fiscale / p. IVA _____

con sede legale in:

Comune _____ prov. |__|__| Stato _____

indirizzo _____ n. _____ C.A.P. |__|__|__|__|__|

Telefono fisso / cell. _____ fax. _____

PEC _____

Altro domicilio elettronico per invio delle comunicazioni inerenti la pratica

3 – DICHIARAZIONI

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

- dispone della struttura sanitaria a titolo di:

proprietario con Atto n. _____ del _____

conduttore con contratto di locazione del _____ registrato il _____

al n. _____ per n. anni _____

concessionario con contratto n. _____ del _____ per n. anni _____

altro (specificare tipologia e atto) _____

- è titolare dell'Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria rilasciata da _____ con atto _____ n. _____ del _____ per le seguenti attività ambulatoriali (dettagliare specialità ambulatoriali):

- la struttura sanitaria di cui dispone è in possesso di tutti i requisiti di cui all'Allegato A) alla DGR n. 19-6576 del 6 marzo 2023

Note:

.....

4 – ATTIVITÀ SANITARIA ACCREDITATA

STRUTTURA SANITARIA denominata

SITA NEL COMUNE DI PROV.

INDIRIZZO

ORARI DI APERTURA

.....

ACCREDITAMENTO: rilasciato da _____ con atto _____ n. _____ del _____ per le attività sanitarie di seguito riportate (dettagliare specialità ambulatoriali e discipline ospedaliere, in particolare di

Radioterapia cod. 70 e Neurochirurgia cod. 30):

STRUTTURA DI RICOVERO ORDINARIO o DAY HOSPITAL con numero di p.l. totali:

n. p.l. codice specialità

n. p.l. codice specialità

n. p.l. codice specialità

n. p.l. codice specialità

n. p.l. codice specialità

Attività ambulatoriali

codice specialità

codice specialità

codice specialità

codice specialità

codice specialità

codice specialità

Ai fini della contrattualizzazione delle attività sanitarie ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/1992 e smi la struttura si impegna a rispettare il protocollo relativo al percorso diagnostico-terapeutico e le modalità operative per l'accesso, la dimissione e il follow up dei pazienti eleggibili a trattamenti di radioterapia stereotassica/radiochirurgia in ambiti specifici (radiochirurgia intracranica funzionale) predisposto dal competente settore regionale.

Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Il sottoscritto dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 di essere informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali ex D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Data _____

Firma del richiedente

5- DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- planimetria (in formato pdf e in scala non inferiore a 1:200) della struttura con evidenziati: gli accessi da e verso l'esterno, destinazioni d'uso delle aree confinanti
- documentazione tecnico-descrittiva dell'allestimento dei locali e delle attrezzature, l'indicazione del personale dedicato ed un cronoprogramma di avvio dell'attività.
- copia dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e dell'accREDITAMENTO rilasciati dai competenti Enti
- autocertificazione resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 circa l'assenza di condanne penali in capo al partecipante e, nel caso di persone giuridiche, al rappresentante legale della struttura e agli amministratori ovvero l'elenco delle stesse e di eventuali riabilitazioni
- autocertificazione resa dai soggetti interessati, ai sensi dell'art. 89 del D.lgs. n. 159 del 6 settembre 2011 e s.m.i, circa l'inesistenza di cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del medesimo decreto legislativo