

CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI

TRA ATS INSUBRIA E ENTE ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI

CURA PRIVATA S.P.A. DI CASTELLANZA PER LE STRUTTURE

- ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA S.P.A. DI

CASTELLANZA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO, COD.

REG. 322030017

- CDV DIA DI VARESE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI

SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE, COD.

REG. 322000864

- ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA S.P.A. DI

CASTELLANZA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA

AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE, SCREENING

ONCOLOGICO, COD. REG. 322000898

Tra

l'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria (di seguito ATS), con sede legale nel

Comune di Varese, in via Ottorino Rossi n. 9, codice fiscale e partita IVA

03510140126, nella persona del Direttore Generale, dott. Lucas Maria Gutierrez,

nato a Portovaltravaglia (VA) il 19/12/1957, domiciliato per la carica presso la sede

della ATS

e

il soggetto erogatore Ente ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA

PRIVATA S.P.A. con sede legale nel Comune di CASTELLANZA (VA), in Via

Gerenzano, 2, CF 00340810126 / P.IVA 10982360967, nella persona del Dott. ALEX

DAVIDE CARINI, nato a MILANO (MI) il 02/03/1981 C.F. CRNLDV81C02F205E, in

qualità di legale rappresentante o altro soggetto munito di potere di rappresentanza.

Premesso che:

- l'art.8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo

8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;

- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto la stipula di contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia pubbliche che private;

- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti analoghi a quelli previsti per le ASST;

- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 prevede l'accreditamento quale condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate;

- il soggetto erogatore Ente ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA

PRIVATA S.P.A. iscritto al registro delle Strutture accreditate istituito, eroga le prestazioni secondo l'assetto organizzativo e funzionale a contratto presente nell'applicativo ASAN;

- la stipula del presente contratto da parte dei soggetti erogatori privati è subordinata all'acquisizione della documentazione antimafia, dalla quale deve risultare che non sussistono le cause di decadenza, sospensione, divieto previste dalla normativa antimafia né tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve riferirsi ai soggetti elencati all'art. 85, commi 2, 2-bis, 2-ter e 3 del d.lgs. 6 settembre 2011, n. 159;

- la stipula del contratto è altresì subordinata all'assenza in capo al soggetto erogatore di violazioni gravi, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, delle imposte e tasse. A tal fine l'ATS acquisisce il documento unico di regolarità contributiva (DURC) relativo al soggetto erogatore ovvero utilizza il DURC acquisito nel periodo di sua validità; il soggetto gestore deve trasmettere alla ATS l'attestazione del pagamento di imposte e tasse ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016;

- prima della stipula del contratto il soggetto erogatore deve trasmettere dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante e, ove esistenti, dei componenti dell'organo di amministrazione attestante l'insussistenza di sentenze penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'articolo 80 comma 1 del decreto legislativo n. 50/2016 e successive modifiche ed integrazioni, a carico degli stessi;

- il soggetto erogatore prima della sottoscrizione del contratto trasmette all'ATS la relazione sull'ultimo bilancio approvato e la relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla revisione legale dei conti, ai sensi dell'art.

2409 bis C.C., che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo rilasciato nel rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10 e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;

- il soggetto erogatore con fatturato a carico del Fondo Sanitario Regionale Lombardo pari o superiore a € 800.000 annui, adotta un codice etico comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d.lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;

- fermo restando il rispetto dei requisiti inerenti la dotazione organica, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare, in ogni giornata, il numero totale dei posti letto autorizzati, accreditati e a contratto, considerando la media quadrimestrale, nel rispetto dell'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale ASAN, fermo restando che per i ricoveri a carico del SSN possono essere utilizzati anche per i residenti fuori regione esclusivamente posti letto accreditati e a contratto. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai ricoveri in regime di day hospital - day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare, il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzato per ricoveri a

ciclo diurno.

Si conviene e si stipula quanto segue:

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie (ricovero, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, screening oncologico) secondo l'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale ASAN e per il quale il soggetto erogatore è iscritto nel registro regionale delle strutture accreditate, per conto e con oneri a carico del SSR ai sensi della normativa vigente, conformi a tipologie e volumi di cui all'art. 4 così come specificati nell'allegato A al presente contratto.

2. Le prestazioni devono essere erogate in modo da garantire la continuità del servizio nel corso dell'intero anno, programmando l'attività ed adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.

3. Nulla spetterà al soggetto erogatore per le prestazioni eccedentarie il budget assegnato di cui all'allegato A così come per le prestazioni specialistiche eccedenti la quota di produzione remunerata a tariffa intera o decurtata per effetto delle regressioni vigenti. Parimenti nulla è dovuto al soggetto erogatore per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di accreditamento inottemperando alla diffida a rimuovere le relative irregolarità.

4. Qualora per fatti eccezionali il soggetto erogatore non possa espletare temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto deve darne tempestiva comunicazione all'ATS che è tenuta ad informare la competente Direzione regionale. In tali casi l'ATS assume le determinazioni più opportune per garantire la continuità assistenziale, compresa l'assegnazione temporanea dei posti letto accreditati e del relativo budget ad altro soggetto erogatore.

Articolo 2 Obblighi dell'erogatore

1. Il soggetto erogatore con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:

a) ad accettare il sistema di remunerazione, i controlli, il regime sanzionatorio e l'

osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite da Regione Lombardia;

b) a mantenere e adeguare i requisiti soggettivi, organizzativi, funzionali e strutturali

definiti in sede di accreditamento e di contrattualizzazione;

c) ad erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità, (per gli

screening oncologici si richiama l'allegata "attività di screening oncologici"),

appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale, nonché attraverso

personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in

situazioni di incompatibilità ex art. 4, comma 7 della l. 412/1991;

d) a condividere con l'ATS le proprie agende di prenotazione nei termini e con le

modalità definite dalla Regione;

e) a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della

documentazione sanitaria. In particolare, la Struttura codifica, registra e comunica le

prestazioni rese in totale adesione a quanto contenuto nella documentazione clinica

e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla

Direzione regionale competente in materia;

f) ad erogare – nei limiti del budget assegnato – le tipologie e i volumi di prestazioni

così come specificate dall'ATS nell'allegato A al presente contratto.

2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi e al debito informativo

previsti dalla regolamentazione vigente rappresentano elemento essenziale della

prestazione. In particolare, se il soggetto erogatore soddisfa i requisiti di cui all'art. 2

bis, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di

accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il

soggetto erogatore è tenuto altresì agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle

condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.

3. Il soggetto erogatore, ai sensi dell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012, nei tre anni

successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti di ATS, ASST o di

Regione Lombardia che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei propri

confronti poteri autoritativi o negoziali, non può concludere con gli stessi contratti di

lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi professionali a qualsivoglia titolo.

4. La cessione del contratto a terzi, fatte salve, le ipotesi di cessione di azienda o di

cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di

competenza regionale o dell'ATS, è vietata ed è causa di decadenza dal contratto.

Eventuale cessione del credito deve essere espressamente accettata da parte dell'

ATS.

5. Il soggetto erogatore si impegna a trasmettere all'ATS, entro la fine del mese di

febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto, dichiarazione

sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale

rappresentante circa:

a) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni

amministrative dipendenti da reato di cui al d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231;

b) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni

previste dal d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81;

c) l'assolvimento o meno degli obblighi previsti in materia di pagamento delle

transazioni commerciali di cui al d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.

Articolo 2bis Obbligo dell'erogatore all'integrazione ai servizi della rete

regionale di prenotazione

1. In ottemperanza alla L.r. n. 9/2019 tutti gli erogatori pubblici e privati che erogano

prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale dovranno integrarsi realizzando il collegamento al Sovracup della RRP (GP++) del proprio sistema CUP secondo le disposizioni previste da Regione Lombardia.

2. L'erogatore si impegna a collegare il proprio CUP ai servizi della rete Regionale di Prenotazione (Sovracup GP++) mantenendone nel tempo aggiornata l'integrazione.

3. L'erogatore si impegna inoltre a esporre tutte le agende in multicanalità nella Rete Regionale di Prenotazione, ad abilitare il più possibile il canale Cittadino Self-care (Online sul sito di Regione Lombardia www.prenotasalute.regione.lombardia.it. e attraverso l'App SALUTILE Prenotazioni) e a promuovere l'utilizzo degli stessi attraverso avvisi e comunicazioni presso gli uffici CUP, gli ambulatori e sui siti aziendali.

4. L'erogatore si impegna a condividere le informazioni sull'offerta sanitaria, attraverso i servizi della Rete Regionale di Prenotazione al fine di mettere a disposizione del cittadino un punto unico di accesso a tutta l'offerta sanitaria SSN.

5. L'erogatore si impegna a mantenere costantemente aperte le agende di prenotazione, senza soluzione di continuità tra un esercizio e l'altro, con conseguente divieto di blocco delle stesse al fine di garantire la trasparenza delle liste di attesa.

6. L'erogatore dovrà comunicare alla Rete Regionale di Prenotazione tutti gli appuntamenti fissati direttamente sui propri CUP, per permettere l'annullamento automatico delle prenotazioni doppie (prescrizione prenotata su più ospedali), per liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa e limitare il fenomeno del "no show".

7. L'erogatore si impegna altresì a rispettare i Livelli di Servizio richiesti dall'integrazione con la Rete Regionale di Prenotazione per assicurare un'adeguata

qualità del servizio ai cittadini.

Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS

1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto erogatore dei requisiti autorizzativi e di accreditamento prescritti. A tal fine l'ATS può compiere, in ogni tempo e anche senza preventiva comunicazione, tranne i casi in cui la stessa si rende necessaria per ottimizzare l'attività di controllo, ispezioni e controlli anche tramite l'accesso di propri funzionari presso la Struttura: al termine delle relative operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale rappresentante della Struttura stessa o di suo delegato.

2. In particolare, l'ATS deve accertare la corrispondenza dei documenti prodotti rispetto a quelli richiesti ed acquisire la certificazione antimafia anche nei confronti dei soggetti che hanno presentato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio e, nel merito, verificare:

a) che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza previsto dal D.Lgs n. 231/2001, risulti in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;

b) che dalla relazione sull'ultimo bilancio approvato (della singola Struttura e/o consolidato) redatta da primaria società di revisione contabile risultino, in modo esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;

c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016.

3. La mancata trasmissione da parte del soggetto erogatore della dichiarazione di cui

all'art. 2, comma 5 nei termini assegnati comporta l'adozione, da parte dell'ATS, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. L'ATS provvede alle verifiche della documentazione pervenuta entro 15 giorni dal ricevimento della stessa valutando, ai fini della contrattualizzazione e del relativo mantenimento, la gravità dei fatti imputati, l'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, l'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite.

4. La mancata trasmissione della documentazione di cui al comma 3 nei termini indicati nella diffida ad adempiere di cui allo stesso comma, così come l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi all'ATS nel rispetto dei termini fissati comporta l'assegnazione al soggetto erogatore di un congruo termine per la regolarizzazione della propria posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali l'ATS procede, nel caso di persistente inadempimento, alla risoluzione del contratto stesso, ferma restando la necessità di garantire la continuità assistenziale da parte degli utenti. La sospensione per il periodo corrispondente esclude la remunerazione a carico del SSR.

5. L'ATS verifica periodicamente con il soggetto erogatore l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto.

6. Il soggetto erogatore si impegna ad agevolare lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo da parte dell'ATS, anche mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria alle stesse.

7. Eventuali inadempienze al contratto sono contestate per iscritto dall'ATS al soggetto erogatore che, entro 15 giorni, può presentare osservazioni e chiarimenti.

Articolo 4 Limiti finanziari

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni

oggetto del presente contratto i valori di produzione annui massimi sono quelli assegnati nella scheda di budget di cui all'allegato A, parte integrante del presente contratto. Nei suddetti limiti sono da ricomprendersi le prestazioni riferite all'arco temporale dal 1° gennaio dell'anno in corso sino al momento della sottoscrizione del contratto.

2. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto erogatore non oltre il 30 novembre dell'anno in corso, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS. Al raggiungimento della soglia di budget indicata non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto erogatore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto. Alle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale si applicano le decurtazioni previste dalla DGR n. XI/5883/2022 e dalla DGR n. XI/6255/2022 in tema di riduzione dei tempi di attesa.

2. L'ATS si impegna a saldare i corrispettivi delle prestazioni rese dal soggetto erogatore nei tempi previsti dai provvedimenti regionali, sulla base dei dati validati e comunicati dalla Direzione generale competente per materia con verifica da parte dell'ATS.

3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. Il soggetto erogatore si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e a emettere la

	fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà	
	esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate nei flussi	
	regionali, con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.	
	4. Il soggetto erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente	
	erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso contrattualmente assegnate,	
	le quali vengono determinate tenendo conto del limite massimo di spesa sostenibile	
	con il fondo SSR in attuazione della programmazione regionale.	
	5. È fatta salva la facoltà dell'ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei	
	pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'	
	accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e	
	per l'accreditamento, nonché delle clausole del presente contratto.	
	6. L'avvenuto saldo non pregiudica la ripetizione delle somme che, sulla base dei	
	controlli sull'attività erogata nel periodo di competenza ai sensi dell'art. 3 del presente	
	contratto, risultassero non dovute o dovute in parte. Gli importi relativi a prestazioni	
	che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non dovuti dall'	
	ATS, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio in corso e sono detratti	
	dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.	
	7. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di	
	qualsiasi onere fiscale.	
	Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori	
	1. Il soggetto erogatore è tenuto a porre in essere tutti gli accorgimenti necessari	
	affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione	
	antifortunistica con particolare riferimento alle disposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e	
	ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.	
	2. Il soggetto erogatore dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla	

prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.

3. Il soggetto erogatore si impegna altresì a adottare, nell'esecuzione del presente contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori utilizzati. Si impegna inoltre ad osservare tutte le norme vigenti di tutela dell'ambiente con particolare riferimento all'inquinamento delle acque e dell'aria ed allo smaltimento dei rifiuti urbani, speciali e tossici nocivi.

Articolo 7 Eventi modificativi, sospensione e risoluzione del contratto

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile, penale e amministrativa, nonché le sanzioni previste dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, la revoca dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione del contratto, fermo restando la necessità di assicurare la continuità assistenziale degli utenti. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia del contratto.

2. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto erogatore un termine di 10 giorni per fornire le proprie giustificazioni. Trascorso inutilmente tale termine o in caso di non accoglimento delle giustificazioni presentate nei termini, l'ATS può applicare per la prima violazione una penale dello 0,50% del budget, ferme le ulteriori eventuali sanzioni e conseguenze previste dalla vigente normativa. In caso di reiterate violazioni potrà essere applicata una penale in misura sino al 2% del budget.

3. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purché contestati per iscritto con le modalità di cui al comma 2, il contratto

può essere sospeso dall'ATS da un minimo di tre ad un massimo di 12 mesi o direttamente risolto, ferma restando la necessità di assicurare agli utenti la continuità assistenziale.

4. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.

5. Costituisce causa di risoluzione del contratto la condanna definitiva per uno dei reati di cui al Capo II, Titolo II del codice penale a carico del legale rappresentante del soggetto erogatore, laddove il soggetto gestore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.

6. Nel caso in cui sussistano o emergano successivamente alla sottoscrizione del contratto le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia, il contratto si intende automaticamente risolto.

Articolo 8 Clausola di manleva

1. Il soggetto erogatore assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto, nel limite massimo di euro

- 1.000.000 per sinistro per soggetti erogatori ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, ivi compresi i laboratori di analisi;

- 2.000.000 per sinistro per soggetti erogatori che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, nonché per le strutture ambulatoriali che

eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, o attività odontoiatrica;

- 4.000.000 per sinistro per i soggetti erogatori che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto.

Articolo 9 Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle sanzioni.

Articolo 10 Durata

1. Il presente contratto ha validità annuale coincidente con l'anno solare ed è prorogato sino alla stipula del nuovo contratto. I rapporti economici intercorrenti durante il periodo di proroga sono passibili di rettifica al momento della sottoscrizione del nuovo contratto, secondo le regole sopravvenute, fermo restando l'importo economico massimo delle prestazioni da erogare in tale periodo che non può superare i 5/12 del budget dell'anno precedente.

Articolo 11 Trattamento dei dati personali

1. Le parti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali in relazione ad adempimenti connessi al rapporto contrattuale, nel rispetto dei principi generali di cui all' art. 5 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento) applicabili al trattamento di dati personali, per ciascun trattamento di propria competenza, e delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n.196/2003, così come modificato dal Decreto Legislativo n.

101/2018.

2. L'ATS e il soggetto erogatore, per le finalità proprie del presente contratto, agiscono entrambi in qualità di titolari del trattamento.

3. Le parti si impegnano a trattare i dati personali nello svolgimento delle attività definite dal presente contratto osservando le seguenti disposizioni e istruzioni:

a) utilizzare, anche per conto del proprio personale dipendente, i dati personali degli assistiti necessari all'instaurazione dei flussi informativi tra il soggetto erogatore e l' Agenzia ovvero Regione Lombardia, per le sole finalità imposte dal presente contratto e dalla disciplina in materia;

b) assumere, in proprio e anche per il fatto dei propri dipendenti e collaboratori, ogni responsabilità al riguardo, affinché ogni dato personale, informazione o documento di cui dovesse venire a conoscenza o in possesso non vengano, comunque, in alcun modo e in qualsiasi forma, comunicati o divulgati a Terzi, né vengano utilizzati per fini diversi da quelli di stretta attinenza alle attività oggetto del presente contratto;

c) osservare rigorosamente la massima riservatezza in ordine all'attività svolta e ai risultati conseguiti nonché in merito a ogni dato personale o informazione di cui dovesse venire a conoscenza;

d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;

e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;

f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme

alle finalità della raccolta.

4. Il soggetto erogatore, inoltre:

a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera, specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS;

b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto del presente contratto, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;

c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).

Articolo 12 Imposta di bollo

1. L'imposta di bollo, se dovuta, è a carico del soggetto erogatore.

Articolo 13 Norma di rinvio e adeguamento

1. Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia, con particolare riferimento alle regole di negoziazione approvate dalla Giunta Regionale.

2. In caso di sopravvenienza di disposizioni legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto

del presente contratto, lo stesso deve intendersi automaticamente modificato ed integrato.

3. In tali casi il soggetto erogatore ha facoltà, di recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione da notificare all'ATS e alla Direzione regionale competente per materia, con congruo preavviso al fine di assicurare la continuità assistenziale degli utenti.

4. Il contratto si adegua altresì alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale senza che maggiori oneri derivino per l'ATS dalla necessità del soggetto erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. Anche in tal caso il soggetto erogatore può recedere dal contratto nei termini di cui al comma 3.

5. Le parti danno atto che, al fine di rispondere alle esigenze dell'emergenza Covid 19, i servizi oggetto del presente contratto potranno essere assicurati attraverso forme alternative a quelle previste dalla specifica normativa di esercizio e accreditamento, sulla base delle apposite indicazioni nazionali e regionali emanate per rispondere alle eventuali sopravvenute esigenze dettate dall'evolversi del quadro epidemiologico.

Articolo 14 Foro competente

1. Per le sole controversie derivanti dall'interpretazione del presente contratto è competente il Foro corrispondente alla sede legale dell'ATS.

Letto, confermato e sottoscritto

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341, comma 2 c.c. si approvano espressamente le seguenti clausole:

articolo 4, comma 2

articolo 8 Clausola di manleva

articolo 9 Clausola di salvaguardia

ATS DELL'INSUBRIA

Il Direttore Generale

Dott. Lucas Maria Gutierrez

Ente ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA S.P.A.

Il Legale Rappresentante

Dott. ALEX DAVIDE CARINI

Il presente contratto è soggetto all'imposta di bollo, ex art. 15 del D.P.R. 642 del 1972, di euro 192, pari a n.12 marche da bollo da 16 € cad., assolta in modo virtuale.

Autorizzazione n. 1700/2016 del 11/01/2016.

ALLEGATO ATTIVITA' DI SCREENING ONCOLOGICI

La legge regionale 22/2021 conferma il ruolo di governance, invito, sensibilizzazione del cittadino e controllo del percorso sino alla diagnosi, in capo alle ATS e di erogazione, accoglienza, realizzazione e rendicontazione delle prestazioni effettuate sino alla diagnosi, in capo agli Erogatori.

L'attività di prevenzione secondaria dei tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e la struttura erogatrice si impegna a garantire il percorso diagnostico di primo e secondo livello come da indicazioni fornite da ATS e di seguito riportate. L'Erogatore collabora con l'ATS ai programmi di screening concorrendo al raggiungimento degli obiettivi di interesse regionale, così come previsto dalle vigenti regole di sistema. L'erogatore è responsabile della garanzia di un numero di sedute di screening adeguato al raggiungimento degli obiettivi di copertura della popolazione secondo gli standard di adempimento del LEA. Si recepisce quanto previsto dal Decreto N. 3711 del 03/04/2017 della Direzione Generale Welfare "Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto" e dalla DGR 48 del 23/03/2023 "Prevenzione del tumore della cervice uterina – aggiornamento delle indicazioni regionali".

REQUISITI GENERALI PER GLI EROGATORI

Possono erogare attività per gli screening oncologici organizzati tutte le strutture pubbliche e private accreditate a contratto dell'area di ATS che garantiscano:

- a) volumi di attività non inferiori agli standard indicati dalle linee guida adattati al contesto della domanda e dell'offerta nell'area di ATS;
- b) raggiungimento e mantenimento degli standard qualitativi in riferimento alle linee guida regionali, nazionali e internazionali in materia di screening oncologici.

Le prestazioni di I e II livello rientranti nei rispettivi percorsi di screening saranno erogate in regime istituzionale senza alcun onere per gli assistiti e senza prescrizione medica. Eventuali accordi con strutture terze per la effettuazione delle prestazioni utili a completare il percorso diagnostico di un paziente in screening sono a carico dell'ASST e concordate con l'ATS.

Sulla base delle valutazioni dell'ATS l'Erogatore è tenuto a produrre i volumi indicati nel contratto tramite i propri presidi nel rispetto dei requisiti previsti per ciascuna linea di screening.

Ogni attività di informazione, ricerca o sperimentazione che preveda il coinvolgimento della popolazione di screening o l'utilizzo dei dati risultanti dall'attività di screening necessita di autorizzazione preventiva da parte di ATS.

Per gli aspetti non inclusi nel presente contratto si fa riferimento al documento di governance screening di ATS, laddove disponibile, o analoghe procedure interaziendali. Per le specifiche non riportate nel documento di governance si deve fare riferimento alle linee di indirizzo regionali/nazionali e alle Linee Guida Europee per gli screening oncologici.

VALORIZZAZIONE

Le prestazioni di screening sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale, siano esse di I o II livello e valorizzate secondo le tariffe previste dalla Circolare 28/San e sue successive integrazioni e dalla DGR 48 del 23/03/2023.

DEBITO INFORMATIVO

L'Erogatore si impegna a rendicontare gli esami di I e II livello nel tracciato record della Circolare 28/SAN e nei flussi CONS, con utilizzo del codice identificativo S nel campo "Tipo prestazione", posizione ticket 90, e comunque secondo le regole dettate dalla Direzione Generale Welfare.

E' in capo all'Erogatore l'assolvimento del debito informativo nei confronti della ATS attraverso la restituzione e registrazione degli esiti delle prestazioni di screening e degli approfondimenti ad esso conseguenti nel software gestionale, trascrizione del quadro istologico con indicazione del percorso conseguente, stadiazione in caso di diagnosi di neoplasia, e in ogni caso conclusione dell'episodio di screening tramite indicazione sulla scheda software del percorso successivo raccomandato per il paziente.

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

Rientrano tra le prestazioni di screening di I e II livello le seguenti prestazioni indicate in tabella riferite a ciascuna delle linee di screening attualmente in atto.

Prestazioni di I livello:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
87.37.1	Mammografia bilaterale	mammografico
90214	Ricerca del sangue occulto fecale	Colon retto
91.48.4	Prelievo citologico	Cervice uterina
91.38.5	Es. citologico cervico vaginale [PAP test]	Cervice uterina
91.24D	HPV screening_triage citologico	Cervice uterina

Prestazioni di II livello:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
87.37.2	Mammografia monolaterale (approfondimento)	mammografico
87.73.1	Ecografia bilaterale della mammella	mammografico
87.73.2	Ecografia monolaterale	mammografico
85.11.1	Biopsia eco-guidata della mammella	mammografico
85.11.3	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida stereotassica	mammografico
85.11.2	Biopsia mininvasiva vacuum assisted sotto guida ecografica	mammografico
91.39.1	Citologico ago aspirato sede unica	mammografico
91.39.6	Citologico ago aspirato sedi multiple	mammografico
91.39.7	Citologico ago aspirato ecoguidato sedi multiple	mammografico
91.46.5	Istocitopatologico mammella (biopsia stereotassica)	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
88.92.6	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella monolaterale senza mdc	mammografico
88.92.7	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella monolaterale senza e con mdc	mammografico
88.92.8	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella bilaterale senza mdc	mammografico
88.92.9	Risonanza magnetica nucleare (RM) della mammella, senza e con contrasto; Bilaterale	mammografico
89.7	Prima visita	mammografico
40.19.1	Agobiopsia linfonodale eco-guidata	mammografico
45.23.1	Colonscopia – ileoscopica retrograda	Colon retto
45.25	Colonscopia con endoscopia flessibile	Colon retto

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
48.24	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	Colon retto
45.42	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	Colon retto
45.43.2	Mucosectomia endoscopica del colon	Colon retto
91.41.3	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica –sede unica	Colon retto
91.41.4	Es. Istocitopatologico app. digerente: biopsia endoscopica-sedi multiple	Colon retto
91.42.1	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – sedi multiple	Colon retto
91.42.2	Es. Istocitopatologico app. digerente: Polipectomia endoscopica – singola	Colon retto
88.01.3	TAC dell'addome inferiore	Colon retto
88.01.4	TAC dell'addome inferiore senza e con contrasto	Colon retto
70.21	Colposcopia	Cervice uterina
67.19.1	Biopsia mirata della portio a guida colposcopica	Cervice uterina
91.44.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervicale e endometriale	Cervice uterina
91.46.3	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	Cervice uterina
91.44.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Biopsia cervice uterina	Cervice uterina
91.46.4	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Polipectomia endocervicale	Cervice uterina
68.12.1	Isteroscopia (Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale)	Cervice uterina
67.12	Biopsia endocervicale [isteroscopia]	Cervice uterina
91.46.6	ES. Istocitopatologico app. urogenitale: Conizzazione	Cervice uterina
68161	Biopsia del corpo uterino; Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell'endometrio; Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	Cervice uterina
70291	Biopsia vaginale	Cervice uterina
91455	Istologia vaginale	Cervice uterina
88797	Ecotransvaginale	Cervice uterina
91484	Prelievo cervicale secondo livello	Cervice uterina
91249	HPV-DNA secondo livello	Cervice uterina
91385	Pap test secondo livello	Cervice uterina
67.32	Cauterizzazione del collo uterino	Cervice uterina

Eventuali altre prestazioni ritenute utili, ma non routinarie, tese a completare l'iter diagnostico, dovranno essere comunicate al centro Screening per la necessaria condivisione.

Qualora nel percorso di approfondimento diagnostico si rendesse necessario ricorrere alla "biopsia vacuum assisted con sistema di guida stereotassica" (codice 85.11.3) per lo screening mammografico oppure a specifiche prestazioni per lo screening del colonretto, si concorda che vengano effettuate e valorizzate le seguenti prestazioni:

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
89.07	consulto d'équipe	Mammella/colon
91.49.2	prelievo di sangue venoso	Mammella/colon
90.62.2	emocromo	Mammella/colon
90.16.3	creatinina	Mammella/colon
90.75.4	PT	Mammella/colon

CODICE PRESTAZIONE	DESCRIZIONE	LINEA SCREENING
90.75.5	TT	Mammella/colon
90.76.1	PTT	Mammella/colon

Per quanto attiene alle prestazioni di prevenzione effettuate al di fuori dei programmi organizzati di ATS per ciascuna linea di screening e rendicontate nel campo "Tipo prestazione" con T = PREVENZIONE, l'Erogatore presenta alla ATS entro il 30.03.2023 un progetto per il contenimento delle mammografie eseguite in prevenzione a favore del programma di screening per la fascia 45-74 anni.

FORMAZIONE

Al fine di promuovere processi di formazione continua degli operatori di screening, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione anche agli audit clinici in materia di screening oncologici organizzati da ATS. Attività di formazione necessaria affinché il personale sia coinvolto nei percorsi di screening sarà individuata da ATS, l'Erogatore si impegna a favorire la massima partecipazione del proprio personale.

ULTERIORI SPECIFICHE:

Principi generali:

per ciascuna linea di screening l'Erogatore provvede formalmente entro 30 giorni dalla firma del contratto alla individuazione e comunicazione all'ATS di un referente del percorso diagnostico terapeutico per ciascun centro di approfondimento.

In caso di rifiuto da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore acquisisce e mantiene agli atti la sottoscrizione della rinuncia, con registrazione nel software di screening. In caso di mancata presenza da parte del paziente, con abbandono del percorso di approfondimento diagnostico, l'ente Erogatore provvede alla registrazione nel software di screening.

Screening carcinoma Mammella:

Il test di screening è la mammografia che deve essere eseguita con mammografo digitale diretto.

La consegna delle immagini è su richiesta della donna e non è soggetta a pagamento.

Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale o, se non previsti, a far riferimento a quanto segue:

- Tempo di refertazione (N° di giorni tra esecuzione della mammografia di screening ed inserimento dell'esito negativo nel software gestionale di screening): 90% dei casi entro 21 giorni di calendario;
- Tempo di attesa per approfondimento (numero di giorni tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento): 90% dei casi entro 28 giorni di calendario;
- Tasso di richiamo al secondo livello per primi esami: 7% accettabile, 5% desiderabile;
- Tasso di richiamo al secondo livello per esami successivi: 5% accettabile, 3% desiderabile;
- Partecipazione all'analisi dei cancri di intervallo relativi allo screening mammografico mettendo a disposizione le proprie professionalità (90% dei lettori) e la documentazione clinica ed iconografica;
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 15 giorni dal referto: 90% delle cartelle;
- Inserimento nel gestionale di screening delle mancate presenze agli esami di approfondimento =100% entro i 7 giorni dalla

data dell'esame.

Screening carcinoma Colon Retto:

Il Centro Screening di riferimento, contatta telefonicamente i soggetti che risultano positivi alla ricerca del sangue occulto fecale (SOF), proponendo un appuntamento presso la endoscopia digestiva di riferimento per l'avvio dell'approfondimento, fatti salvi diversi specifici accordi.

L'esame di approfondimento diagnostico è la colonscopia che deve essere eseguita con endoscopi ad alta definizione.

A ciascun soggetto viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Sulla base di specifici accordi viene garantita la fornitura gratuita all'assistito del farmaco per la preparazione alla colonscopia.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio, l'Erogatore si impegna a rispettarli così come da indicazione regionale o, se non previsti, a far riferimento a quanto segue:

- Tempo d'attesa per colonscopia (numero di giorni che intercorrono tra la data del referto del test di screening e la prima data resa disponibile per la colonscopia) 30 giorni di calendario in almeno il 90% dei casi. Vengono esclusi i cambi di appuntamento o i ritardi nell'individuazione della data da parte del paziente;
- Proporzione di colonscopie complete > 85% accettabile, 90% desiderabile;
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 15 giorni dall'esecuzione della colonscopia oppure dalla data dell'ultimo referto per colonscopie operative: 90% delle cartelle.

Screening del carcinoma della cervice uterina

Per quanto attiene alle attività di prevenzione del carcinoma della cervice uterina, l'Erogatore si impegna a garantire l'esecuzione del prelievo alla popolazione individuata ed invitata dall'ATS sulla scorta di specifiche agende condivise e di condividere con ATS il percorso per il conferimento del campione al laboratorio di riferimento della Rete Regionale.

Per quanto attiene agli indicatori di qualità del servizio l'Erogatore si impegna a garantire la colposcopia di approfondimento qualora il centro disponga di appropriato setting per diagnosi di secondo livello, oppure a stipulare convenzione o accordo con centro di riferimento, in modo da garantire il rispetto delle seguenti tempistiche:

- entro 3 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening con referto positivo per tumore ;
- entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening per le diagnosi di:
 - o lesione intraepiteliale (SIL) di alto grado;
 - o Cellule squamose atipiche che non possono escludere lesione intraepiteliale di alto grado (ASC-H);
- entro 20 giorni lavorativi dalla richiesta del Centro Screening per le diagnosi di:
 - o SIL di basso grado;
 - o Cellule Ghiandolari Atipiche di Significato Indeterminato (AGUS);
 - o Cellule ghiandolari atipiche (AGC);
 - o lesioni citopatiche da HPV (Human Papilloma Virus);
 - o referti con stesso quadro dopo ripetizione;
- Chiusura del secondo livello nel software screening con inserimento di tutti gli esami effettuati entro 30 giorni dall'esecuzione della colposcopia oppure dalla data dell'ultimo referto istologico: 90% delle cartelle.

Per il percorso di approfondimento di secondo livello a ciascuna donna viene fornita copia dell'esito degli accertamenti, dei referti diagnostici e relazione conclusiva con indicazione dell'organizzazione dell'iter diagnostico terapeutico successivo, qualora si rendesse necessario.

Denominazione Gestore	ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA S.P.A.
Codice Regionale	322000864 (Amb.) 322030017 (Ric.) 322000898 (Amb.)

Allegato A

Tipologia di Attività	Importo Budget 2023	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero e cura	28.444.480,92 €	Importo pari al 100% del finanziato 2019 per le attività di ricovero e cura, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	
Sub acuti	0,00 €	Importo pari al 100% del finanziato 2019 per le attività sub acute esclusi i posti tecnici temporanei attivati in applicazione alla DGR XI/3681/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)	13.485.608,43 €	Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di tutti i cittadini ex L. n. 160 del 27.11.2019, compresa la quota cronici PIC, secondo quanto previsto dalle regole di programmazione 2023.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023. Sono dettagliate di seguito le quote relative agli obiettivi specifici per migliorare l'offerta erogativa specialistica, alla presa in carico del paziente cronico ed allo screening.	
Psichiatria (solo per ASST ed IRCCS pubblici)	0,00 €	Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con periodo di erogazione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023. Sono escluse le prestazioni relative ai progetti innovativi in Salute Mentale, oggetto di specifico contratto separato.	
NPIA (solo per ASST ed IRCCS pubblici)	0,00 €	Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023. Sono escluse le prestazioni relative ai progetti innovativi in NPIA, oggetto di specifico contratto separato.	
NUOVE RETI	0,00 €	Importo pari al contratto 2019.	Cittadini Lombardi, Stranieri, Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	

Tipologia di Attività	Valore di riferimento 2023	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero - bassa complessità	2.705.723,89 €	L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni bassa complessità.	Fuori Regione	Solo per gli erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto di struttura è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per la bassa complessità nel 2019. Gli eventuali risparmi rispetto al tetto di sistema bassa complessità per l'anno 2023 potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa per gli erogatori privati.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023; non si applica agli IRCCS (la cui produzione viene considerata parificata all'alta complessità).	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura".
Ricovero - cittadini lombardi	21.689.447,82 €	L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni erogate a favore dei pazienti lombardi, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Cittadini Lombardi	Solo per erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto di struttura è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Lombardi nel 2019, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020. Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema per l'anno 2023 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa. Analogamente, eventuali superamenti al limite complessivo di sistema oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i., a consuntivo, determinano un abbattimento di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura".
Ricovero - cittadini fuori regione	6.755.033,10 €	L'importo è un di cui della voce "Ricovero", ed è pari al 100% del valore finanziato nel 2019 per le prestazioni erogate a favore dei pazienti fuori regione, incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Fuori Regione	Solo per erogatori privati - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Fuori Regione nel 2019. Gli eventuali effetti economici previsti dagli accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di ricovero eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto dei predetti accordi.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura". L'incremento tariffario dell'1,95% dei ricoveri erogati a favore dei residenti fuori regione è stato imputato sul "tetto lombardi" come disposto da nota regionale G1.2023.0023631 del 26.06.2023
Ricovero e cura - quota destinata alla definizione di obiettivi specifici per reindirizzare il mix di erogazione delle strutture al fine del recupero delle liste di attesa (7% del finanziato di ricovero 2019 per lombardi, compresi stranieri assimilati ai lombardi)	1.518.261,35 €	Per le strutture private, importo pari al 7% del tetto per cittadini lombardi per prestazioni di ricovero e cura 2023, pari al finanziato 2019 incrementato in applicazione a quanto previsto dalle DGR XI/3915/2020, DGR XI/4049/2020 e DGR XI/4061/2020.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)			L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura"

Tipologia di Attività	Valore di riferimento 2023	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini lombardi	12.548.378,78 €	Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 per lombardi, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini lombardi ex L. n. 160 del 27.11.2019, compresa la quota PIC, secondo quanto previsto dalle regole di programmazione 2023.	Cittadini Lombardi	Solo per gli erogatori privati - Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni. Nel caso di superamento del limite complessivo di sistema per l'anno 2023, oppure al limite previsto dall'art. 15 del DL 6 luglio 2012, n. 95 e s.m.i., è previsto un abbattimento in proporzione all'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura. Gli eventuali risparmi rispetto al limite complessivo di sistema per l'anno 2023 per gli erogatori privati, potranno essere oggetto di redistribuzione a copertura parziale dell'iperproduzione, in proporzione all'iperproduzione stessa.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini fuori regione	937.229,64 €	Importo pari al 97% delle prestazioni ambulatoriali finanziate nel 2019 per Fuori Regione incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini fuori regione ex L. n. 160 del 27.11.2019, secondo quanto previsto dalle regole di programmazione 2023.	Cittadini Fuori Regione	Solo per gli erogatori privati - Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni. - Nel caso di superamento del tetto è previsto un abbattimento in proporzione all'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto alla produzione finanziata per Fuori regione nel 2019. Gli eventuali effetti economici previsti dagli accordi bilaterali con le regioni di confine per il governo della mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 1, comma 576, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 ricadranno sulle strutture erogatrici delle prestazioni di specialistica ambulatoriale eseguite a partire dall'anno 2023 nei confronti dei residenti nelle regioni oggetto dei predetti accordi.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"

Tipologia di Attività	Valore di riferimento 2023	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota destinata alla remunerazione alle attività connesse alla presa in carico del paziente cronico (3% del budget di specialistica ambulatoriale 2023)	308.357,10 €	Importo pari al 3% del budget per le prestazioni ambulatoriali, definito sul finanziato 2019 per cittadini Lombardi, incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini fuori regione ex L. n. 160 del 27.11.2019, al netto delle prestazioni di Laboratorio, Screening e Medicina Sportiva.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)		Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota destinata alla definizione di obiettivi specifici finalizzata alle azioni per il contenimento dei tempi di attesa (10% del budget di specialistica ambulatoriale 2023)	1.254.837,89 €	Per le strutture private, importo pari al 10% del tetto per cittadini lombardi per prestazioni ambulatoriali 2023, pari al 97% del finanziato per cittadini lombardi e assimilati 2019 (comprese le prestazioni erogate a favore dei pazienti cronici), incrementato dell'importo legato alla riduzione del cosiddetto "superticket" per le prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore dei cittadini lombardi ex L. n. 160 del 27.11.2019.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)			L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota relativa alle attività di screening programmato da ATS	39.600,00 €	Definito in sede di programmazione territoriale da ogni singola ATS.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)			L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Programma di screening HCV in attuazione della DGR n. XI/5830 del 29/12/2021	0,00 €	Prestazioni definite a livello regionale ed erogate secondo le linee guida screening HCV per le strutture pubbliche e private aderenti.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Riconoscimento della produzione secondo le regole di rendicontazione previste, fino al raggiungimento del valore massimo regionale riconoscibile di cui alla DGR n. XI/5830 del 29/12/2021.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2023, fino al 31.12.2023.	L'importo è un di cui della voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"

RIEPILOGO OBIETTIVI DI QUOTA VARIABILE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ente	ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA S.P.A.
Attività di specialistica ambulatoriale - cittadini lombardi	12.548.378,78 €
Quota 10%	1.254.837,89 €

OBIETTIVO	PESO	IMPORTO
TEMPI DI ATTESA	4,00	501.935,16 €
FLUSSI	5,00	627.418,95 €
SCREENING	1,00	125.483,79 €
TOTALE	10	1.254.837,89 €

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

TEMPI DI ATTESA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
VOLUMI PRESTAZIONI ORDINARIE DGR XII/88	Esecuzione delle prestazioni "ordinarie" (ripartizione volume totale PRIVATO DGR XII/88)	0,5	N. prestazioni eseguite "ordinarie" [PRIME VISITE] / N. prestazioni "target" ordinarie [PRIME VISITE] * 100	Se [INDICATORE] >= 100%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] >= 70%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] < 70%: obiettivo non raggiunto.
		0,5	N. prestazioni eseguite "ordinarie" [TAC + RISONANZE] / N. prestazioni "target" ordinarie [TAC + RISONANZE] * 100	Il calcolo verrà applicato al totale del gruppo vedi (Tab. 1)
		0,5	N. prestazioni eseguite "ordinarie" [ECOGRAFIE] / N. prestazioni "target" ordinarie [ECOGRAFIE] * 100	Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: - Solo record finanziati, esclusa NPI - Tipo di prestazione diverso da P (pronto soccorso) e Z (controlli) - Regime erogazione 1, 2, 7, 8, 9, C - Classe di priorità B, D, P - Flag recupero tempi d'attesa diverso da A o da R
		0,5	N. prestazioni eseguite "ordinarie" [ALTRE PRESTAZIONI] / N. prestazioni "target" ordinarie [ALTRE PRESTAZIONI] * 100	- Le prestazioni ordinarie effettuate fanno riferimento all'intera produzione Periodo riferito alla data di erogazione - Aprile - Dicembre 2023
VOLUMI PRESTAZIONI ORDINARIE E AGGIUNTIVE	Esecuzione prestazioni "ordinarie" (ripartizione volume totale PRIVATO DGR XII/88)+ "aggiuntive"	1	[N. prestazioni eseguite "ordinarie" + N. prestazioni eseguite "aggiuntive"] / [N. prestazioni "target ordinarie" + N. prestazioni "target aggiuntive"] * 100	Se [INDICATORE] >= 100%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] >= 60%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] < 60%: obiettivo non raggiunto Il calcolo verrà applicato ad ogni singola prestazione assegnata a bando, il raggiungimento complessivo dell'obiettivo corrisponderà alla media dei risultati conseguenti alle valutazioni effettuate per singola prestazione. (vedi Tab. 2) Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: - Solo record finanziati, esclusa NPI - Tipo di prestazione diverso da P (pronto soccorso) e Z (controlli) - Regime erogazione 1, 2, 7, 8, 9, C - Classe di priorità B, D, P - Le prestazioni ordinarie effettuate fanno riferimento all'intera produzione, mentre le prestazioni aggiuntive sono riferite unicamente ai cittadini lombardi Periodo riferito alla data di erogazione - Aprile - Dicembre 2023
TEMPI DI ATTESA PRIME VISITE	Rilevazione ex post tempi di attesa: governo delle % entro soglia 2023 delle prime visite contenute nella DGR XII/88 in classe di priorità B e D	1	N. prestazioni entro soglia [Raggrupp. "PRIME VISITE"] (DGR XII/88) in classe priorità [B e D] / N. prestazioni [Raggrupp. "PRIME VISITE"] (DGR XII/88) in classe priorità [B e D] * 100	Se [INDICATORE per il "II SEM 2023"] >= 90%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE per il "II SEM 2023"] >= 60% e < 90% e [INDICATORE per il "II SEM 2023"] >= (([INDICATORE per il "II SEM 2022"]) + 5%): 90%; [INDICATORE per il "II SEM 2023"] < (([INDICATORE per il "II SEM 2022"]) + 5%): verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE per il "II SEM 2023"] < 60% [INDICATORE per il "II SEM 2023"] >= (([INDICATORE per il "II SEM 2022"]) + 5%): verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; [INDICATORE per il "II SEM 2023"] < (([INDICATORE per il "II SEM 2022"]) + 5%): obiettivo non raggiunto Il calcolo verrà applicato al totale delle prime visite contenute nella DGR XII/88 La verifica sarà effettuata sulla base dei dati 28/SAN. Periodo di riferimento II semestre 2023.

TABELLA 1

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Totale
Altre Prestazioni	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. (4525)	725
	ELETTROCARDIOGRAMMA (8952)	1.330
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (8950)	404
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] (93081)	211
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95411)	605
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] (4516)	709
	MAMMOGRAFIA (87371,87372)	3.483
	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO (4542)	104
Altre Prestazioni Totale		7.571
Ecografie	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (88714)	1.090
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CUORE (88721 E 8872A)	364
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MAMMELLA (88731, 88732)	3.354
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (88735)	1.252
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO (NON ASSOCIABILE A 88.72.1, 88.72.3 E 88.72.A) (88722)	1.089
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA (NON ASSOCIABILE A 88.72.1, 88.72.2 E 88.72.A) (88723)	165
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA (88772)	1.096
	ECOGRAFIA ADDOME (88761, 88751, 88741)	2.843
Ecografie Totale		11.253
Prime visite	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA (897A3)	937
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (897A6)	258
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA (897A7)	750
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (897B2)	498
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA (897A8)	280
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA (897A9)	344
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] (8913)	913
	PRIMA VISITA OCULISTICA (9502)	1.189
	PRIMA VISITA ONCOLOGICA (897B6)	288
	PRIMA VISITA ORL (897B8)	730
	PRIMA VISITA ORTOPEDICA (897B7)	1.259
	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA (897C2)	412
Prime visite Totale		7.858
TAC e risonanze	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	2.634
	TOMOGRAFICA COMPUTERIZZATA (TC) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	5.038
TAC e risonanze Totale		7.672

TABELLA 2

PRESTAZIONE	ORDINARIE	1 BANDO 2023	2 BANDO 2023	TOTALE
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. (4525)	725	87	227	1.039
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA MAMMELLA (88731, 88732)	3.354	4		3.358
ECOGRAFIA ADDOME (88761, 88751, 88741)	2.843		29	2.872
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (8950)	404		65	469
ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95411)	605		63	668
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] (4516)	709	72	60	841
MAMMOGRAFIA (87371,87372)	3.483	31		3.514
POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO (4542)	104		20	124
PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (897B2)	498		41	539
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA (897A8)	280		43	323
PRIMA VISITA ORTOPEDICA (897B7)	1.259		35	1.294
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) (88954, 88912, 8893, 88955, 88931, 88911)	2.634	6	17	2.657
TOMOGRAFICA COMPUTERIZZATA (TC) (88381, 88382, 88016, 8703, 88012, 88385, 88011, 87411, 8741, 88013, 87031, 88014, 88015)	5.038		70	5.108

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

FLUSSI				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
SISS - RICETTA DEM	Garanzia della percentuale di prescrizioni DEM in stato bloccato pari almeno al 98% delle prestazioni rendicontate in 28 SAN	0,5	N. prescrizioni DEM in stato bloccato / N. prestazioni rendicontate in 28 san * 100	Se [INDICATORE] >= 98%: obiettivo raggiunto al 100%; se [INDICATORE] compresa tra 85 e 98%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; se [INDICATORE] < 85%: obiettivo non raggiunto Fonte dati: Portale di Governo Regione Lombardia Periodo di riferimento II semestre 2023
SISS - RICETTA DEM	Garanzia della percentuale di prescrizioni DEM in stato erogato pari almeno all' 80% delle prestazioni rendicontate in 28 SAN	0,5	N. prescrizioni DEM in stato erogato / N. prestazioni rendicontate in 28 san * 100	Se [INDICATORE] >= 80%: obiettivo raggiunto al 100%; se [INDICATORE] compresa tra 70 e 80%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; se [INDICATORE] < 70%: obiettivo non raggiunto Fonte dati: Portale di Governo Regione Lombardia Periodo di riferimento II semestre 2023
SISS- RICETTE DEM	Prescrizione dematerializzata	0,5	N. prescrizioni DEM / N. prescrizioni totali	Se [INDICATORE II sem 2022] >= media regionale : obiettivo raggiunto al 100% se [INDICATORE II sem 2023] >= media regionale ; Se [INDICATORE II sem 2022] < media regionale : obiettivo raggiunto al 100% se [INDICATORE II sem 2023] >= [INDICATORE II sem 2022] ; Fonte dati: Regione Lombardia Periodo di riferimento II semestre 2023
SISS - TEMPESTIVITA' PUBBLICAZIONE REFERTI	Pubblicazione dei documenti clinici elettronici (DCE) per tutti gli ambiti applicativi	0,375	N. DCE pubblicati / N. totale eventi comunicati in 28/SAN *100	Se [INDICATORE] >= 80%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] compresa tra 60% e 80%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] <60%: obiettivo non raggiunto Il calcolo verrà applicato ad ogni singolo ambito erogato, il raggiungimento complessivo dell'obiettivo corrisponderà alla media dei risultati conseguenti alle valutazioni effettuate per singolo ambito. Fonte dati: Regione Lombardia Periodo di riferimento II semestre 2023.
SISS - TEMPESTIVITA' PUBBLICAZIONE REFERTI	Pubblicazione entro 24 ore dalla compilazione del 95% di tutti i referti pubblicati (tutti gli ambiti applicativi)	0,375	N. totale di referti pubblicati entro 24 ore dalla compilazione / N. totale di referti pubblicati * 100	Se [INDICATORE] >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] compresa tra 70% e 95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] <70%: obiettivo non raggiunto Il calcolo verrà applicato ad ogni singolo ambito erogato, il raggiungimento complessivo dell'obiettivo corrisponderà alla media dei risultati conseguenti alle valutazioni effettuate per singolo ambito. In caso di più strutture afferenti ad un unico ente, i referti "pubblicati entro 24 ore" e il totale dei "referti pubblicati" verranno sommati Fonte dati: Portale di Governo Regione Lombardia Periodo di riferimento II semestre 2023.
CORRETTA RENDICONTAZIONE FLUSSI	Garantire la tempestività di rendicontazione	1	INDICATORE CORRETTA RENDICONTAZIONE: (Importo mensile rendicontato in 28/SAN [Anno 2023] / Importo mensile rendicontato in 28/SAN [Anno 2022]) *100 >= 50%	[INDICATORE CORRETTA RENDICONTAZIONE] / N. 6 rendicontazioni previste: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; L'indicatore verrà valutato in proporzione rispetto alle rendicontazioni previste, salvo giustificazioni opportunamente motivate Periodo di riferimento della rendicontazione dei dati (prima rendicontazione produzione luglio 2023 - ultima rendicontazione produzione dicembre 2023).

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

FLUSSI				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
CORRETTA RENDICONTAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	Corretta rendicontazione delle prestazioni aggiuntive: targatura delle prestazioni acquistate a bando ovvero erogate come prestazioni di primo accesso	1	(N. prestazioni "targate" correttamente con le lettere "R" o "A" / N. prestazioni "targate" con le lettere "R" o "A") * 100	<p>Se [INDICATORE] >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata</p> <p>Periodo riferito alla data di erogazione - Il semestre 2023</p> <p>I filtri utilizzati per il NUMERATORE sono i seguenti: - Solo prestazioni acquistate a bando - Solo record finanziati, esclusa NPI - Tipo di prestazione diverso da P (pronto soccorso) e Z (controlli) - Regime erogazione 1, 2, 7, 8, 9, C - Classe di priorità B, D, P - Flag recupero tempi d'attesa uguale ad "A" o a "R" - Le prestazioni aggiuntive sono riferite unicamente ai cittadini lombardi</p> <p>Al DENOMINATORE si considerano tutti i record con Flag recupero tempi d'attesa uguale ad "A" o "R"</p>
CORRETTA RENDICONTAZIONE DEI FLUSSI AL FINE DI MONITORARE I TEMPI D'ATTESA	Garantire la corretta compilazione del campo "data prenotazione" per tutte le prestazioni non ad accesso diretto	0,75	n. prestazioni [prima data prospettata ovvero, se non compilata, data contatto] - [data prenotazione] / n. prestazioni rendicontate * 100	<p>Se [INDICATORE] >=90% : obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] >= 60%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata Se [INDICATORE] <60%: obiettivo non raggiunto</p> <p>Periodo di valutazione Il semestre 2023</p>

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

SCREENING				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
SCREENING COLON RETTO	Assicurare la disponibilità di agende e relativi slot per gli esami di secondo livello del programma di screening colon - retto al fine di garantire i volumi di attività assegnati da ATS	0,5	(N. slot aperti dalla struttura / N. slot richiesti da ATS) * 100	[INDICATORE]: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata Valutazione effettuata dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria Periodo di valutazione II semestre 2023
SCREENING COLON RETTO	Screening colon-retto: verifica del tempo d'attesa intercorrente tra data ESECUZIONE COLONSCOPIA E DATA INSERIMENTO DELL'ESITO DELL'ESAME NEL GESTIONALE (<i>tempo attesa previsto <= 15 giorni PER LE NON OPERATIVE ; per le operative <= 15 giorni dalla data dell'ultimo referto</i>) da REGOLE SISTEMA 2023	0,5	(N. cartelle 2° livello chiuse nei tempi previsti / N. totale cartelle 2° livello chiuse) * 100	Se [INDICATORE] >= 90% : obiettivo raggiunto al 100% Se [INDICATORE] compreso tra 70% e 90% : verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata Se [INDICATORE] < 70% : obiettivo non raggiunto Dato estratto da query Dedalus - Valutazione effettuata dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione sanitaria Periodo di valutazione II semestre 2023

RIEPILOGO OBIETTIVI DI QUOTA VARIABILE PRESTAZIONI DI RICOVERO

Ente ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI CASA DI CURA PRIVATA S.P.A.
Ricovero - cittadini lombardi 21.689.447,82 €
Quota 7% 1.518.261,35 €

OBIETTIVO	PESO	IMPORTO
APPROPRIATEZZA	3,75	813.354,29 €
FLUSSI	3,25	704.907,06 €
TOTALE	7	1.518.261,35 €

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

APPROPRIATEZZA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
INDICATORI NETWORK REGIONI E PROGRAMMAZIONE NAZIONALE ESITI (PNE)	Governo erogazione dei LEA	0,5	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriata in regime ordinario	Numeratore: N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriata in regime di degenza ordinaria; Denominatore: N. di ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriata. Se val. II sem. 2023 <= 6,0% (val. II sem. 2022) : obiettivo raggiunto al 100%; Se val. II sem. 2023 > 6,0% e <= 15% : obiettivo raggiunto al 90%; Se val. II sem. 2023 > 15% : obiettivo non raggiunto La verifica sarà effettuata sulla base dei dati estratti dal Portale di Governo Regionale.
		0,5	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza <3 gg	Numeratore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni x100; Denominatore: Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica. Se val. II sem. 2023 >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Se val. II sem. 2023 >= 80% e < 95%: obiettivo raggiunto al 90%; Se val. II sem. 2023 < 80% : obiettivo non raggiunto. La verifica sarà effettuata sulla base dei dati estratti dal Portale di Governo Regionale
		0,75	% di pazienti (età 65+) con diagnosi di fratture del collo del femore operati entro 2 gg in regime ordinario	Numeratore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero <= 2 giorni) x100; Denominatore: Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore. Se val. II sem. 2023 >= 85,5% (val. II sem. 2022) : obiettivo raggiunto al 100%; Se val. II sem. 2023 >= 75% e < 85,5% : obiettivo raggiunto al 90%; Se val. II sem. 2023 < 75% : obiettivo non raggiunto. La verifica sarà effettuata sulla base dei dati estratti dal Portale di Governo Regionale.
TEMPI ATTESA - RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI PNGLA	Governo delle percentuali "entro soglia" per i ricoveri programmati chirurgici in classe A del PNGLA	0,5	N. ricoveri "entro soglia" in classe A / N. ricoveri totali *100	Se [INDICATORE per il "II SEM 2023"] >= 90% : obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE per il "II SEM 2023"] < 60% : obiettivo non raggiunto Se [INDICATORE per il "II SEM 2023"] >= 60% e < 90% e [INDICATORE per il "II SEM 2022"] + 5% : 90%; [INDICATORE per il "II SEM 2023"] < ([INDICATORE per il "II SEM 2022"] + 5%) : verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Il calcolo verrà applicato alle singole procedure di ricovero del PNGLA La verifica sarà effettuata sulla base dei dati SDO unicamente per le prestazioni che sono state erogate in numero superiore a 10 prestazioni nel II sem 2023. Periodo di riferimento II semestre 2023.
VOLUMI ATTIVITÀ RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI PNGLA	Mantenimento dei volumi di ricovero programmati chirurgici in classe A del PNGLA del II semestre 2019	0,5	N. ricoveri programmati chirurgici in classe A [effettuati nel II semestre 2023] / N. ricoveri programmati chirurgici [effettuati nel II semestre 2019] * 100	Se [INDICATORE] >= 90% : obiettivo raggiunto pari al 100% Se [INDICATORE] >= 80% : verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] < 80% : obiettivo non raggiunto La verifica sarà effettuata sulla base dei dati SDO unicamente per le prestazioni che sono state erogate in numero superiore a 10 prestazioni nel II sem 2023. Periodo di riferimento II semestre 2023.
ATTIVITÀ DI DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI	Implementazione delle strategie organizzative finalizzate all'incremento dell'individuazione di potenziali donatori	0,25	N. rilevazioni trimestrali	Se n. rilevazioni trimestrali inviate = 2 : obiettivo raggiunto al 100%; Se n. rilevazioni trimestrali inviate = 1 : obiettivo raggiunto al 50% Se n. rilevazioni trimestrali inviate = 0 : obiettivo non raggiunto

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

APPROPRIATEZZA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
PROGETTO APPROPRIATEZZA RICOVERI RIABILITATIVI	Tavolo di lavoro	0,5	N. 1 incontro propedeutico nel II semestre 2023	presenza all'incontro: obiettivo raggiunto al 100% assenza all'incontro : obiettivo non raggiunto
PRONTO SOCCORSO	Efficientamento del Pronto Soccorso	0,25	N. rilevazioni trimestrali	Partecipazione all'attività di monitoraggio trimestrale attraverso l'utilizzo di specifico report che verrà reso disponibile da ATS, nel rispetto delle scadenze previste (10/10/2023 e 10/1/2024) Se n. rilevazioni trimestrali inviate = 2 : obiettivo raggiunto al 100%; Se n. rilevazioni trimestrali inviate = 1 : obiettivo raggiunto al 50% Se n. rilevazioni trimestrali inviate = 0 : obiettivo non raggiunto

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

FLUSSI				
OBIETTIVO	AZIONE	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
Compilazione SDO riabilitativa	Presenza data giorno evento indice acuto	0,5	compilazione corretta campo SDO "Data dell'evento indice" con data formalmente valida (Manuale rilevazione Flusso SDO versione 2.2-2022 ex Nota G1.2022.0013686 del 11/03/2022)	<p>se data evento indice presente sul 100% SDO : obiettivo raggiunto al 100%</p> <p>se data evento indice presente su numero SDO > 90% e < 100% : obiettivo raggiunto al 90%</p> <p>se data evento indice presente su numero SDO < 90% : obiettivo non raggiunto</p> <p><u>Estratto Manuale rilevazione Flusso SDO versione 2.2-2022 ex Nota G1.2022.0013686 del 11/03/2022 - PAG. 37:</u></p> <p>"DATA DELL'EVENTO INDICE</p> <p><i>Il seguente campo deve essere compilato soltanto se la dimissione del paziente è avvenuta da un reparto di riabilitazione specialistica (cod. 28, 56, 75) Rileva la data a cui può essere riferito l'evento (chiamato comunemente "evento indice"), di tipo traumatico o clinico, che ha dato inizio allo stato patologico giunto in osservazione nel ricovero in atto.</i></p> <p><i>Codifica: Scrivere nella forma AAAAMMGG (nel caso in cui il giorno non sia noto con precisione utilizzare il valore 15 oltre ad anno e mese; nel caso in cui il giorno ed il mese non siano noti con precisione utilizzare il valore 0630 oltre ad anno)"</i></p> <p>Periodo di riferimento II semestre 2023</p>
SISS - TEMPESTIVITA' PUBBLICAZIONE REFERTI	Pubblicazione dei documenti clinici elettronici (DCE) per tutti gli ambiti applicativi	0,375	N. DCE pubblicati / N. totale eventi comunicati in SDO *100	<p>Se [INDICATORE] >= 80%: obiettivo raggiunto al 100%;</p> <p>Se [INDICATORE] compresa tra 60% e 80%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata;</p> <p>Se [INDICATORE] <60%: obiettivo non raggiunto</p> <p>Fonte dati: Regione Lombardia</p> <p>Periodo di riferimento II semestre 2023.</p>
SISS - TEMPESTIVITA' PUBBLICAZIONE REFERTI	Pubblicazione entro 24 ore dalla compilazione del 95% di tutte le lettere di dimissione ospedaliera	0,375	N. totale di referti pubblicati entro un giorno dalla compilazione/ N. totale delle lettere di dimissione ospedaliera pubblicate*100	<p>Se [INDICATORE] >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%;</p> <p>Se [INDICATORE] compreso tra 70% e 95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata;</p> <p>Se [INDICATORE] <70%: obiettivo non raggiunto</p> <p>Fonte dati Portale di Governo Regione Lombardia</p> <p>Periodo di riferimento II semestre 2023</p>
CORRETTA RENDICONTAZIONE FLUSSI	Garantire la tempestività di rendicontazione	1	INDICATORE CORRETTA RENDICONTAZIONE: (Importo mensile rendicontato nel flusso SDO [Anno 2023] / Importo mensile rendicontato nel flusso SDO [Anno 2022]) *100 >= 50%	<p>[INDICATORE CORRETTA RENDICONTAZIONE] / N. 6 rendicontazioni previste: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata;</p> <p>L'indicatore verrà valutato in proporzione rispetto alle rendicontazioni previste, salvo giustificazioni opportunamente motivate</p> <p>Periodo di riferimento della rendicontazione dei dati (prima rendicontazione luglio 2023 - ultima rendicontazione dicembre 2023).</p>
CORRETTA RENDICONTAZIONE FLUSSI AL FINE DI MONITORARE I T.A.	Garantire la corretta compilazione del campo "data prenotazione" per tutti i ricoveri programmati e programmati con preospedalizzazione	1	((N. record con ([data primo intervento] - [data prenotazione]) > zero) / (N. record con ([data primo intervento])) * 100	<p>Se [INDICATORE] >=90% : obiettivo raggiunto al 100%;</p> <p>Se [INDICATORE] compreso tra 60% e 90%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata;</p> <p>Se [INDICATORE] < 60%: obiettivo non raggiunto;</p> <p>La verifica sarà effettuata sulla base dei dati SDO (esclusi reparti 28-56-75): ricoveri programmati e programmati con pre-ospedalizzazione</p> <p>Periodo di valutazione II semestre 2023</p>