

CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DI BERGAMO E L'ENTE/AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO, SUB ACUTE, DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE, DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO, DI PSICHIATRIA E DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE – ANNO 2018

Richiamato il contratto stipulato in data tra l'ATS di Bergamo (d'ora in avanti: "ATS") e l'ASST/Ente "....." con sede legale in _____, via _____ n. _____ per la struttura sanitaria accreditata _____ corrente in _____, via _____, n. _____ (d'ora in avanti: "Struttura" o "Struttura accreditata").

Premesso che:

- con Deliberazione n. VI/47508 del 29.12.99 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL (oggi ATS) e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;
- l'art. 11 di tale schema tipo prevede che "in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato";
- l'art. 1 comma 1 lettera bb) della Legge regionale n. 23/2015 (art. 21- Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi – comma 5) prevede, al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, che i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale siano tenuti ad utilizzare la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari, stabilendo altresì che il mancato utilizzo del sistema informativo integri la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisca inadempimento degli obblighi contrattuali.

Richiamata la Legge regionale n. 23 del 11.08.15 avente ad oggetto “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale n. 33 del 30.12.09, con particolare riferimento a tutto quanto citato nell’art. 1 comma 1 lettera u) della Legge regionale n. 23/2015 (art. 15 – Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie) e ss.mm.ii.

Richiamate altresì:

- *(Solo Enti privati)* la normativa antimafia D. Lgs 159/2011 e ss.mm.ii. (D. Lgs n. 218/2012, n. 153/2014, L. n. 161/2017);
- *(Solo Enti privati)* le DGR nn. IX/3856/2012, IX/4606/2012 e X/3275/2015 relative ai requisiti previsti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture accreditate di diritto privato e alla relativa documentazione da acquisire;
- l'art. 27 comma 1-bis del D.L. n. 90 del 24.06.2014 (convertito nella L. 114/2014) che prevede che "a ciascuna Azienda del SSN, a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi, è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO) a tutela dei pazienti e del personale";
- l’art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii. (D. Lgs. n. 56/2017 e L. n. 96/2017), che prevede come causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza definitiva o decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell’art. 444 del c.p.p.;

Visto l’art. 1 comma 1 lettera u) (art. 15 comma 6) della Legge Regionale n. 23/2015 in materia di accreditamento, con particolare riferimento al punto in cui recita: “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.”.

Dato atto:

- che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nella DGR X/7600 del 20.12.2017 e successivi provvedimenti, ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione, con particolare riferimento all’allegato “Regole di Gestione del Servizio Sociosanitario 2018”;
- di tutto quanto disposto dalla DGR n. XI/125 del 14.05.2018, con particolare riferimento alla proroga del termine per la definizione dei contratti, procrastinato al 31 maggio 2018;

Tutto ciò premesso si concorda, ad integrazione del contratto sopra richiamato le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, laddove non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, quanto segue:

1. Definizione del budget per l’anno 2018

1.a Prestazioni di ricovero e cura

L’ATS assegna all’ASST/Ente per il periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018 un budget complessivo pari ad € a fronte dell’erogazione di prestazioni di ricovero e cura a favore di pazienti residenti in Regione Lombardia, onere 8 e assimilati, secondo le regole di rendicontazione regionali.

(per FERB P.O. Sant’Isidoro di Trescore)

L’ATS assegna all’Ente per il periodo 1 gennaio 2018 – 30 giugno 2018 un budget complessivo pari ad € (budget riparametrato su base semestrale) a fronte dell’erogazione di prestazioni di ricovero e cura a favore di pazienti residenti in Regione Lombardia, onere 8 e assimilati, secondo le regole di rendicontazione regionali, vista la proroga dell’affidamento del Presidio Ospedaliero S. Isidoro di Trescore Balneario (Bg) a tale Ente, in attesa che la procedura finalizzata ad individuare il nuovo gestore del Presidio in oggetto venga conclusa da parte dell’ASST di Bergamo Est.

(per ASST Papa Giovanni XXIII e Casa di cura B. Palazzolo)

L'ATS assegna alla ASST/Ente per il periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018 un budget complessivo pari ad € a fronte dell'erogazione di prestazioni di ricovero e cura a favore di pazienti residenti in Regione Lombardia, onere 8 e assimilati, secondo le regole di rendicontazione regionali, **di cui** €..... riferiti ai DRG erogati dall'U.O. Cure Palliative.

Costituisce parte integrante del contratto la scheda di budget allegata (**all. 1**).

Il budget assegnato include la quota già attribuita per il I quadrimestre 2018, in attuazione della deliberazione ATS n. 49 del 26.01.2018.

(Solo per Cliniche Gavazzeni Spa) Il budget assegnato include la quota già attribuita per il I quadrimestre 2018, in attuazione delle deliberazioni ATS n. 49 del 26.01.2018 e n. 351 del 26.04.2018.

(Solo Enti privati) Le parti riconoscono che il budget assegnato per l'attività di ricovero e cura per l'anno 2017 è pari al finanziato anno 2017, fatte salve le integrazioni risultanti dal calcolo delle *performance*.

(Solo per Cliniche Gavazzeni Spa) Si precisa che, ai fini del calcolo del budget anno 2018, come condiviso con i competenti servizi regionali, sono stati sommati i budget sottoscritti nell'anno 2017 delle strutture Humanitas Gavazzeni e Humanitas Castelli, a seguito di riconoscimento di Ente Unico.

(Solo Enti privati interessati) Le risorse per le attività di ricovero e cura destinate ai soggetti erogatori sono state modulate da un - 1% ad un + 1% sulla base del posizionamento che la struttura stessa ha conseguito nella valutazione delle *performance*, come da indicazioni regionali.

Si richiama la ASST/Ente al rispetto dei seguenti obiettivi:

- riduzione, rispetto al 2017, della valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, secondo gli indicatori definiti dalle regole regionali;
- percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario non inferiore al 70%, secondo gli indicatori definiti dalle regole regionali;
- attivazione di *audit* clinici: la struttura dovrà predisporre un *auditing* clinico sull'appropriatezza delle seguenti tipologie di ricoveri

Sono previsti i seguenti *step*: 1) entro 31 luglio: comunicazione di avvio dell'*audit*; 2) entro 30

novembre: relazione sul lavoro svolto e sugli esiti, che evidenzia l'analisi effettuata, i punti di for-

za e le criticità della struttura, con eventuali azioni di miglioramento tecnicamente realizzabili.

Si richiama inoltre il rispetto delle procedure di continuità assistenziale ospedale-territorio condivise e

approvate con le Direzioni Sanitarie e/o Socio Sanitarie delle strutture di ricovero e cura accreditate e

a contratto dell' AST di Bergamo (delibera ATS n. 260 del 30/03/2017).

1.b. Prestazioni sub acute

(Solo Enti privati interessati) Le risorse per le attività sub acute per l'anno 2018 sono pari al finanziato

anno 2017 corrispondenti ad €, come da indicazioni regionali.

(Solo per ASST Papa Giovanni XXIII) Le risorse per le attività sub acute per l'anno 2018 corrispon-

denti ad € sono pari al finanziato 2017 incrementato di un importo pari ad € 650.000,00, per

la copertura della produzione presso il P.O. di San Giovanni Bianco, considerate l'iperproduzione

2017, la possibile saturazione di posti già attivi e l'attivazione, in prospettiva, di ulteriori n. 4 posti;

(Solo per ASST Bergamo Est) Le risorse per le attività sub acute per l'anno 2018 corrispondenti ad €

..... sono pari al finanziato 2017 incrementato di un importo pari ad € 350.000,00, per

la progressiva attivazione nel corso del 2018 di n. 10 posti aggiuntivi presso il P.O. F.M. Passi di

Calcinato.

(Solo per ASST Bergamo Ovest) Le risorse per le attività sub acute per l'anno 2018 sono pari al budget

sottoscritto per l'anno 2017.

1.c. Prestazioni specialistiche ambulatoriali

L'ATS assegna all'ASST/Ente per il periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018 un budget complessi-

vo (97%) pari ad € a fronte dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali a favore di pazienti

residenti in Regione Lombardia, onere 8 e assimilati (secondo le regole di rendicontazione regionali),

suddiviso in una quota pari al 94% su base storica e in una quota pari al 3% connessa all'assegnazione

di specifici obiettivi, come più oltre specificato.

(Solo per ASST Papa Giovanni XXIII e ASST di Bergamo Est)

Si precisa che, ai fini del calcolo del budget anno 2018, come condiviso con i competenti servizi regionali, non sono state storicizzate le decurtazioni relative al mancato raggiungimento degli obiettivi anno 2017.

(Solo per Cliniche Gavazzeni Spa)

Si precisa che, ai fini del calcolo del budget anno 2018, come condiviso con i competenti servizi regionali, sono stati sommati i finanziati 2017 delle strutture Humanitas Gavazzeni e Humanitas Castelli, a seguito di riconoscimento di Ente Unico.

(solo per FERB P.O. Sant'Isidoro di Trescore)

L'ATS assegna all'Ente per il periodo 1 gennaio 2018 – 30 giugno 2018 un budget complessivo **(97%)** pari ad € (budget riparametrato su base semestrale) a fronte dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali a favore di pazienti residenti in Regione Lombardia, onere 8 e assimilati (secondo le regole di rendicontazione regionali), suddiviso in una quota pari al 94% su base storica e in una quota pari al 3% connessa all'assegnazione di specifici obiettivi, come più oltre specificato, vista la proroga dell'affidamento del Presidio Ospedaliero S. Isidoro di Trescore Balneario (Bg) a tale Ente, in attesa che la procedura finalizzata ad individuare il nuovo gestore del Presidio in oggetto venga conclusa da parte dell'ASST di Bergamo Est.

Costituisce parte integrante del contratto la scheda di budget allegata **(all. 2)**.

(Esclusa Med. Sportiva) Come previsto dalle DGR nn. X/7600/2017 e XI/125/2018, la base di calcolo per la determinazione dei budget anno 2018 è stata decurtata di una quota pari al 2% (ad esclusione di prestazioni di screening e medicina dello sport) per la remunerazione di prestazioni effettuate dai soggetti cronici presi in carico.

(Per Centro "Aldo e Cele d'Accò" e FERB – Centro Alzheimer) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 25.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex

DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla necessità di adeguare il budget alla reale produzione della Struttura, considerata la peculiarità erogativa della stessa.

(Per Centro Radiologia e Fisioterapia di Gorle) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 40.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla necessità di adeguare il budget alla reale produzione della Struttura, considerato che la stessa garantisce buoni tempi di attesa e supplisce a criticità erogative da parte di altre strutture.

(Per Laboratorio Delta) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 6.055,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla necessità di adeguare almeno parzialmente il budget alla reale produzione di questa Struttura, disponibile a far fronte a tutte le richieste di prestazioni ad accesso diretto, con un andamento omogeneo nel corso dell'anno e con modalità agevolate.

(Per Laboratorio CBB) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 27.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla necessità di adeguare almeno parzialmente il budget alla reale produzione di questa Struttura, disponibile a far fronte a tutte le richieste di prestazioni ad accesso diretto, con un andamento omogeneo nel corso dell'anno e con modalità agevolate.

(Per Casa di Cura Habilia) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 27.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla necessità di adeguare almeno parzialmente il budget alla reale produzione di questo Ente, con particolare riferimento alle prestazioni erogate presso il Laboratorio territoriale di

Bonate, disponibile a far fronte a tutte le richieste di prestazioni ad accesso diretto, con un andamento omogeneo nel corso dell'anno e con modalità agevolate.

(Centro Medico Ponte) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 20.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla necessità di riparametrare su base annuale il budget anno 2017 (riferito a soli 7 mesi), considerata peraltro la capacità produttiva della Struttura, che può soddisfare il fabbisogno in un territorio totalmente carente di Centri di Medicina dello Sport.

(Per Cliniche Gavazzeni) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 35.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla disponibilità dell'Ente ad erogare maggiori prestazioni di screening ca colon per far fronte a carenze erogative da parte delle ASST.

(Per IOB) Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2018 è stata aggiunta una quota pari ad € 40.000,00, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2017 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017). Tale incremento è giustificato dalla disponibilità dell'Ente ad erogare maggiori prestazioni di screening ca mammella per far fronte a carenze erogative da parte delle ASST.

(Per ASST/Enti interessati) Nell'ambito del budget ambulatoriale assegnato viene identificata una quota destinata agli screening oncologici di € per screening mammografico ed €..... per screening del carcinoma del colon, pari alla valorizzazione della produzione 2017 incrementata del 3% come da regole di sistema. L'eventuale avanzo rispetto a quanto usufruito nell'ambito dei programmi di screening potrà essere utilizzato per altre prestazioni specialistiche ambulatoriali solo in seguito ad esplicita dichiarazione dell'ATS. L'Ente si impegna pertanto ad erogare le relative prestazioni ambulatoriali afferenti alle campagne di screening organizzate dall'ATS, come da tabelle allegate (**all. 3 e 4**),

indicanti i volumi minimi e la ripartizione territoriale. Gli aspetti normativi, organizzativi e gestionali

che disciplinano l'erogazione di queste prestazioni sono descritti negli accordi già inviati con note

ATS prot. nn. U0038707 (*colonscopia*) e U0038727 (*mammografia*) del 12.04.2018.

(*Per tutte/i ASST/Enti*) La quota di risorse pari al 3% per un importo di € , non storiciz-

zabile, viene assegnata per il raggiungimento di specifici obiettivi, come da scheda allegata (**all. 5**)

parte integrante e sostanziale del presente contratto.

Il budget assegnato include la quota già attribuita per il I quadrimestre 2018, in attuazione della delibe-

razione ATS n. 49 del 26.01.2018.

(*Solo per Cliniche Gavazzeni Spa*) Il budget assegnato include la quota già attribuita per il I quadrim-

estre 2018, in attuazione delle deliberazione ATS n. 49 del 26.01.2018 e n. 351 del 26.04.2018.

(*Solo Enti Privati*) La struttura si impegna ad applicare alla valorizzazione delle prestazioni ambulator-

iali al netto del ticket lo sconto del 2% (e del 18% sulle prestazioni di laboratorio analisi) di cui all'art.

1, comma 796, lettera O della Legge 296/06. Gli sconti non saranno applicati al di sopra della soglia del

97%, oltre la quale, quindi, varranno solo le seguenti regressioni tariffarie: per le valorizzazioni prodot-

te tra il 97% ed il 103% sarà applicato un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio) e

tra il 103% ed il 106% un abbattimento fino al 60%. Oltre il 106% non viene garantita la remunerazione

delle risorse se non a fronte, a livello regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità di risorse.

(*Solo ASST*) Il budget assegnato all'ASST è soggetto alle seguenti regressioni tariffarie: per le valoriz-

zazioni prodotte tra il 97% ed il 103% sarà applicato un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di

laboratorio) e tra il 103% ed il 106% un abbattimento fino al 60%. Oltre il 106% non viene garantita la

remunerazione delle risorse se non a fronte, a livello regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità

di risorse.

(*Per ASST*) In coerenza con quanto previsto dalla regole di sistema le ATS verificheranno in continuo,

tramite la consultazione dell'anagrafe vaccinale, il rispetto delle coperture nel territorio di competenza

come pure dei requisiti qualitativi del vigente Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale. Regione

Lombardia provvederà a graduare l'erogazione delle risorse ad ogni ASST considerando le rendicontazioni ATS sulle coperture raggiunte da ogni ASST e sul rispetto dei requisiti collaborativi.

(Per gli Enti interessati) L'Ente, all'interno delle risorse assegnate, è autorizzato a proseguire per l'intera annualità l'erogazione in regime di SSN delle branche specialistiche accreditate già esplicitate nel contratto di budget del I quadrimestre 2018.

(Solo ASST)

1.d Prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale

L'ATS assegna alla Struttura per il periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018 un budget pari ad € a fronte dell'erogazione di prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale.

(Solo ASST)

1.e Prestazioni di Neuropsichiatria infantile

L'ATS assegna alla Struttura per il periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018 un budget pari ad € a fronte dell'erogazione di prestazioni rese dalla Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile

tile e dell'Adolescenza, comprendente i fondi assegnati con le DGR nn. X/46981/2016 e X/ 6965/2017

– Riduzione liste di attesa per logopedia e pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico o disabilità complessa.

(Solo ASST)

1.f Nuove Reti Sanitarie

L'ATS assegna alla Struttura per l'anno 2018 un ammontare pari ad € per le attività afferenti alle "Nuove Reti Sanitarie", come da contratto 2017.

2. Remunerazioni

(Solo ASST) Si precisa che anche per l'esercizio 2018 saranno garantiti agli erogatori pubblici acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto, salvo differenti indicazioni regionali. Per le prestazioni di psichiatria si procede alla remunerazione a consuntivo delle sole prestazioni a carattere territoriale erogate a favore di cittadini non residenti in Lombardia, ai sensi della nota

regionale prot. n. G1.2018.6351 del 14.02.2018.

(Solo Enti privati) Si precisa che anche per l'esercizio 2018 saranno garantiti agli erogatori privati acconti non inferiori al 95% con cadenza mensile per tutte le prestazioni sanitarie a contratto e trimestrale per le funzioni non tariffate, salvo differenti indicazioni regionali; fanno eccezione le prestazioni erogate a favore di pazienti extraregione per le quali l'acconto mensile viene determinato nella misura dell'80%.

3. Raggiungimento del valore di produzione assegnato e programmazione delle attività

L'ASST/Ente si impegna a programmare adeguatamente l'erogazione delle attività sanitarie, al fine di coniugare la continuità dell'erogazione delle prestazioni nel corso dell'anno in linea con le risorse economiche negoziate con l'ATS, evitando in particolare cali negativi di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno. L'ATS si riserva, a seguito di monitoraggio dell'andamento della produzione ambulatoriale, di sollecitare la struttura ad una attenta osservanza di tale disposizione.

4. Trasferimento di risorse (solo per Enti privati di Ricovero e Cura)

Il trasferimento di risorse è consentito esclusivamente dalle attività di ricovero a quelle di specialistica ambulatoriale e sub acute; viene proposto dalla ATS agli erogatori, previa comunicazione alla Regione, entro il 30 novembre 2018, alle seguenti condizioni:

- le risorse trasferite dall'attività di ricovero devono essere principalmente riferite a quelle risultanti dalla riduzione dei 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza, anche valutando i risultati conseguiti nel 2017 dalla struttura;
- la destinazione concorre al soddisfacimento dei bisogni emergenti in termini di tempi di attesa;
- l'incremento dei percorsi di presa in carico;
- l'erogazione da parte della struttura interessata in orari agevolati per l'utenza.

5. Obblighi ex L. 248/2006

Si richiama l'Ente alla piena applicazione di quanto previsto della L. 248/2006 in materia di pubblicità nell'esercizio delle professioni reso nell'ambito del servizio sanitario regionale.

	6. Obblighi ex D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.	
	<i>(Solo ASST ed Enti Privati con budget superiore a 500.000,00)</i>	
	Come da determinazioni/pareri dell'ANAC ed indicazioni regionali, l'ASST/Ente è tenuto	
	all'assolvimento degli obblighi previsti in materia di trasparenza, pubblicazione e civico accesso, di cui	
	al D.Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii., con particolare riferimento a quanto disposto dall'art. 41.	
	<i>(Solo per Enti privati con budget superiore a 500.000,00)</i> E' altresì auspicabile che l'Ente si doti di	
	misure di prevenzione della corruzione eventualmente integrative del "modello 231".	
	7. Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto	
	Le Parti concordano di finalizzare le attività dei Nuclei Operativi di Controllo delle ATS, oltre che allo	
	svolgimento dei compiti istituzionali indicati nella normativa regionale sul tema, anche a verifiche con-	
	cernenti la corretta applicazione dei contenuti del presente contratto ed una particolare attenzione sarà	
	posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del DPCM LEA e le	
	prestazioni ambulatoriali per cui, sulla base delle indicazioni LEA nazionali e regionali, sono previste	
	delle limitazioni di erogazione in regime di SSN. Le Parti concordano inoltre che le eventuali minori	
	valorizzazioni derivanti dall'esito dei controlli, al termine del processo di validazione delle contestazio-	
	ni, incideranno sul valore lordo della produzione delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di vali-	
	dità del presente contratto.	
	8. Utilizzo del ricettario regionale per prescrizioni di specialistica ambulatoriale	
	<i>(esclusi Centri di Medicina dello Sport)</i>	
	I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento,	
	relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni ambulatoriali il cui pieno	
	rispetto rappresenta un obbligo contrattualmente rilevante, escludendo quindi qualsiasi impiego in atti-	
	vità libero professionale. Rispetto all'utilizzo del ricettario SSN la Direzione Sanitaria della struttura	
	garantirà la sorveglianza sul corretto uso dello stesso. L'Ente inoltre si impegna alla diffusione della	
	ricetta elettronica e a gestire correttamente gli stati della prescrizione de materializzata (Stato di Blocco	
	12	

in fase di accettazione / Stato di Erogato in fase di erogazione). Ogni prestazione rendicontata in

28/SAN deve trovare conforme corrispondenza con la prescrizione DEM associata.

9. Stranieri (*esclusi Centri di Medicina dello Sport*)

Le prestazioni erogate a carico di stranieri comunitari o extracomunitari dovranno essere rendicontate correttamente utilizzando i codici “onere 7, 8 e 9” ribaditi nei provvedimenti regionali di riferimento.

In merito alle rendicontazioni delle prestazioni rese a stranieri, la struttura si impegna dunque a seguire scrupolosamente le indicazioni regionali, anche quelle oggetto di futuri provvedimenti e circolari applicative. La struttura si impegna altresì a trasmettere la corretta e completa documentazione amministrativa e sanitaria relativa alle prestazioni rese a cittadini stranieri a carico di Casse estere, al fine di consentire all'ATS l'attivazione delle conseguenti procedure di recupero. Gli importi economici riferiti alle prestazioni sanitarie erogate a cittadini europei (onere 7) che per difetto di informazione non saranno recuperati attraverso il canale della mobilità internazionale gestito dal Ministero della Salute rimarranno in carico alle strutture che hanno erogato le corrispondenti prestazioni, secondo le indicazioni tecniche specifiche che verranno fornite dalla DG Welfare.

Dall' 01.01.2017 gli importi economici riferiti alle prestazioni rese a cittadini extracomunitari muniti di codice STP onere 9 (cure urgenti e/o essenziali) sono a carico del SSN e non più del Ministero degli Interni (Prefetture). La remunerazione delle stesse sarà oggetto di specifiche indicazioni regionali.

10. Flussi informativi

La Struttura ai fini del buon andamento del Sistema Socio Sanitario provinciale si impegna a collaborare con l'ATS per il raggiungimento degli obiettivi sulla qualità e tempestività di invio dei flussi informativi.

10.a Qualità dei dati trasmessi

La Struttura garantisce la qualità dei dati trasmessi impegnandosi a rispettare le indicazioni contenute nella DGR X/7503/2017 e le regole di elaborazione e rendicontazione che vengono aggiornate periodicamente.

La Struttura dovrà obbligatoriamente compilare e trasmettere il flusso informativo “AMB” anche per tutte le attività erogate in regime di libera professione intramuraria e di solvenza.

10.b Tempestività di invio

Al fine di consentire il monitoraggio periodico delle attività negoziali tra ATS e soggetti erogatori accreditati e, quindi, un rapido ritorno delle informazioni validate dalla Direzione Generale Welfare, si rende indispensabile che i tempi previsti dalle scadenze di trasmissione dei flussi informativi vengano rispettati rigorosamente.

La Struttura si impegna a seguire le indicazioni emanate dalla DG Salute di Regione Lombardia con nota prot. n. H1.2014.0040189 del 19.12.2014 e ad inviare i flussi come da cadenza richiesta dall’ATS, al fine di rispettare le scadenze previste dal “Calendario Gestione Invio Flussi AMB su sistema SMAF”.

(Per le strutture pubbliche di psichiatria residenziale)

La Struttura si impegna a seguire le indicazioni emanate dalla DG Welfare di Regione Lombardia in merito all’utilizzo del programma “Psicheweb”.

11. Rilevazioni tempi d’attesa (esclusi Centri di Medicina dello Sport e SMeL)

La struttura garantisce il rispetto della tempistica delle rilevazioni comunicata dalla Direzione Generale Welfare e pubblicata periodicamente sul sistema SMAF: nel corso del 2018 sono previste 12 rilevazioni di prevalenza dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero e cura oggetto di monitoraggio.

La Struttura si impegna, altresì, a rispettare i tempi massimi di attesa indicati nell’allegato alla Delibera ATS n. 67 del 26 gennaio 2018 “Aggiornamento del Piano attuativo per il governo dei tempi d’attesa, in funzione del raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015.” ed il rispetto dei tempi di attesa individuati dal prescrittore con priorità “U”, “B” “D”. Si impegna inoltre a rispettare le determinazioni regionali in applicazione al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni.

La Struttura si impegna a rispettare quanto previsto dalla nota Regionale H1.2012.0037659 del 24.12.2012 che ha introdotto nel flusso informativo il campo “prima data prospettata”, con lo scopo di individuare quale sia il tempo effettivo della prestazione e se ci si trova in situazioni in cui la data di erogazione non possa garantire il tempo massimo previsto per lo specifico caso. La compilazione del campo è obbligatoria. Il campo deve essere utilizzato nella rendicontazione delle 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale oggetto di monitoraggio.

Gli Enti assicurano la presa in carico dei pazienti cronici e garantiscono il rispetto dei tempi d’attesa indicati dagli specialisti per follow-up e controlli, anche attraverso modalità di prenotazione agevolate, limitando l’ulteriore invio dei pazienti ai Medici di Assistenza Primaria.

12. Livelli Essenziali di Assistenza

(Per tutte le Strutture) La Struttura assicura l’osservanza delle regole nazionali e regionali in merito alla corretta erogazione delle prestazioni specialistiche che ricadono nel contesto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

(Esclusi Centri di Medicina dello Sport) Come indicato nella DGR n. 8501/2008 e riconfermato nella DGR n. 9581/2009, si ribadisce che le prestazioni ambulatoriali potranno rappresentare un costo per il SSR solo se le relative richieste saranno correlate del quesito diagnostico prevalente formulato in forma chiara e specifica. Si precisa che tutte le richieste di prestazioni di specialistica ambulatoriale devono riportare la diagnosi o il sospetto diagnostico prevalente (quesito diagnostico), comprese le richieste per pazienti esenti per patologie croniche o per malattie rare o per gravidanza.

13. Rete Regionale di Prenotazione *(esclusi Centri di Medicina dello Sport e SMeL)*

Gli Enti si impegnano ad inviare il flusso informativo MOSA completo e corretto con frequenza almeno settimanale.

(Per le Strutture pubbliche) Oggetto del servizio sono i contatti gestiti (prenotazioni, spostamenti e revoche) per il soggetto erogatore sottoscrittore. In adempienza alle indicazioni della DGR n. VIII/6538 del 30.01.2008 una parte del costo del contatto gestito è a carico della singola struttura erogatrice.

	14. Remunerazione prestazioni a cittadini residenti fuori regione	
	<i>(solo Strutture private esclusi IRCCS)</i>	
	Si ricorda che con DGR n. X/6592 del 12.05.2017 la Giunta regionale stabilì, a livello complessivo regionale, la necessità di fissare una soglia massima di prestazioni a bassa complessità erogabili da strutture di diritto privato per pazienti residenti fuori Regione, prevedendo una riduzione annuale del 10% per il triennio 2017-2019, rispetto ai dati di produzione 2016. La materia è tuttora al vaglio della Regione e potrebbe essere suscettibile di ulteriori provvedimenti, cui sarà necessario attenersi.	
	15. Azioni di rivalsa (solo Strutture di ricovero e cura)	
	E' in capo alle ATS, quale soggetto pagatore, l'interesse e quindi la legittimazione al recupero delle spese nei confronti delle persone civilmente responsabili delle ferite e delle malattie che hanno reso necessaria l'assistenza ospedaliera. Nel richiamare le procedure definite nelle note della Direzione Generale Sanità prot. H1.2002.0001874 del 14 .01.2002 e prot. H1.2013.0008392 del 13.03.2013, si ricorda che dovranno essere segnalate tutte le situazioni, serie e documentate, che potrebbero comportare l'azionabilità delle pretese risarcitorie ai sensi dell'art. 1916 o dell'art. 2043 del Codice civile nei confronti di terzi (cosiddette "azioni di rivalsa per illecito di terzi"), secondo le indicazioni già fornite dall'ATS con nota prot. n. U0146077 del 22.12.2015.	
	16. Clausola risolutiva del contratto (Solo Strutture private)	
	Atteso che la certificazione antimafia potrebbe pervenire in tempi non compatibili con quelli previsti per la sottoscrizione del presente contratto, lo stesso si intenderà espressamente risolto qualora, a seguito dell'acquisizione della certificazione antimafia, risultasse che sussistono le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla relativa normativa.	
	17. Controversie	
	Le eventuali controversie di natura patrimoniale, che dovessero insorgere tra le parti nell'applicazione del presente contratto, saranno deferite al Foro di Bergamo e non più ad un collegio arbitrale.	
	18. Assolvimento marche da bollo	
	16	

Il presente contratto viene sottoscritto digitalmente da entrambe le Parti.

L'Ente Erogatore si impegna, per la stipula del presente contratto, all'integrale assolvimento virtuale delle marche da bollo, se dovute, del valore e secondo le modalità di cui alla normativa nazionale di riferimento.

19. Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'anno 2018, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 45708/99.

Tutte le disposizioni e le indicazioni riportate nella DGR n. X/7600/2017 si intendono integralmente richiamate, approvate, pienamente accettate e sottoscritte col presente accordo contrattuale.

(Solo Centro Valseriana, Corpore Sano, Centro Medico Ponte) La validità del presente contratto è inol-
tre da intendersi strettamente circoscritta al periodo di riferimento, senza alcun diritto acquisito di con-
trattualizzazione per gli anni a venire.

Resta inteso che, per tutto quanto non disposto e/modificato dalla richiamata DGR regionale, rimangono valide le pregresse Regole di sistema ed i pregressi accordi contrattuali.

Resta inteso altresì che in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari nazionali e regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi generali incidenti sul contenuto del contratto stipu-
lato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato.

Letto, confermato e sottoscritto.

Bergamo, lì

Il Direttore Generale ATS di Bergamo

Dott.ssa Mara Azzi

Il Legale Rappresentante dell'Ente

Dott.