

**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 2017**

Richiamato il contratto stipulato in data ..... tra l'ATS di Bergamo (d'ora in avanti: "ATS") e l'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;
- che 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";
- che 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;

**Richiamate:**

- la Legge regionale n. 23 del 11.08.15 avente ad oggetto "Evoluzione del sistema socio-sanitario 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 socio-sanitarie);
- la Legge regionale n. 41 del 22.12.15 avente ad oggetto "Ulteriori modifiche al Titolo I della Legge regionale n. 33/2009 e modifiche alla Legge regionale n. 23 del 11.08.15";

**Richiamate altresì:**

- *(Solo Strutture private)* la normativa antimafia D. Lgs 159/2011 e successivi provvedimenti;
- *(Solo Strutture private)* 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, 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;

Visto, nello specifico, l'art.1 comma 1 lettera u) della Legge regionale n. 23/2015, nel 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/5954 del 05.12.2016 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 A "Regole di gestione del Servizio Sociosanitario 2017";

- (*esclusi Centri di Medicina dello Sport e SMel*) di tutto quanto disposto dalla DGR n. X/6505 del 21.04.2017, con particolare riferimento al punto 5 del deliberato in merito alle decurtazioni previste sulla valorizzazione delle prestazioni ambulatoriali per quelle strutture che abbiano erogato un valore inferiore al 106% e contemporaneamente non abbiano rispettato la disciplina dei tempi d'attesa;

- di tutto quanto disposto dalla DGR n. X/6592 del 12.05.2017, con particolare riferimento alla proroga del termine per la definizione dei contratti, procrastinato al 31 maggio 2017, e (*solo per le Strutture private di ricovero e cura*) al tetto per le prestazioni di bassa complessità per pazienti residenti fuori Regione;

(*Per le Strutture private*) Vista infine la nota mail dei competenti servizi regionali del 24.05.2017 che ricorda la necessità che i budget anno 2017 per la specialistica ambulatoriale siano determinati dal 97% del finanziato anno 2016;

(*Per le Strutture pubbliche*) Vista infine la nota mail dei competenti servizi regionali del 24.05.2017 che prevede che "nel caso si ipotizzasse un'adeguata capacità produttiva per l'anno 2017, il budget per i ricoveri ospedalieri può essere innalzato fino al limite del budget 2016, e per la specialistica ambulatoriale

riale fino al budget che si sarebbe determinato in caso di produzione superiore al 106%".

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

### **1. Definizione del budget per l'anno 2017**

#### ***1.a Prestazioni di ricovero e cura***

L'ATS assegna alla Struttura per il periodo 1 gennaio 2017 - 31 dicembre 2017 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 CSCS.

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

Il budget assegnato include la quota già attribuita per il I quadrimestre 2017, in attuazione della deliberazione ATS n. 3 del 11.01.2017.

*(Solo Strutture private)* Le parti riconoscono che il budget assegnato per l'attività di ricovero e cura per l'anno 2017 è pari al finanziato anno 2016.

*(Solo per Istituto Clinico Habilita Spa)* Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2017, al finanziato anno 2016 dell'Istituto Clinico Habilita Spa è stato sommato il finanziato 2016 della Casa di cura San Donato Srl (a seguito di subentro e successivo riconoscimento quale Ente Unico).

*(per ASST Papa Giovanni XXIII)* Come concordato in sede di negoziazione, l'assegnazione è pari al finanziato anno 2016 con aggiunta delle *performance*.

*(per ASST Bergamo Est)* Come concordato in sede di negoziazione, l'assegnazione è pari al budget sottoscritto nel mese di maggio 2016 – considerati i futuri incrementi di offerta già previsti nel POT di Calcinato -, decurtato dell'importo di € 600.000,00 contestualmente trasferito al budget per sub acuti, a copertura dei posti tecnici aggiuntivi già attivati nel dicembre 2016 presso il P.O.F.M. Passi di Calcinato.

*(per ASST Bergamo Ovest)* ) Come concordato in sede di negoziazione, l'assegnazione è pari al budget

sottoscritto nel mese di maggio 2016 – considerata la previsione di poter mantenere nel 2017 i volumi storici di produzione -, decurtato dell'importo di € 95.400,00 contestualmente trasferito al budget per sub acuti, a copertura di una produzione che si assesta ormai su livelli superiori alle risorse sinora assegnate.

*(Solo Strutture private interessate)* 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.

*(Solo per Clinica Castelli e IOB)* Tale assegnazione è comprensiva dell'incremento per prestazioni U e T effettivamente prodotte nel corso dell'anno 2016 (limitatamente al budget 2016 sottoscritto) ed aggiuntive rispetto a quelle rendicontate nell'anno 2015.

Si richiama la struttura al rispetto dei seguenti obiettivi, secondo le indicazioni ed i dettagli già declinati nella DGR n. X/5954/2016:

- ulteriore riduzione rispetto al 2016 della valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di in appropriatezza;
- riduzione della percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate (la % non dovrà essere inferiore al 70%);
- implementazione nell'uso degli indicatori del PNE e del portale regionale di governo, sia in termini di volumi prestazionali che di processo e risultato.

In merito a quest'ultimo punto, la struttura dovrà individuare specifici indicatori del PNE e predisporre una procedura di *auditing* clinico cui dovrà far seguito la definizione di progetti finalizzati ad azioni di miglioramento con restituzione all'ATS di un rapporto che evidenzia i risultati ottenuti.

#### ***1.b. Prestazioni sub acute***

Le risorse per le attività sub acute per l'anno 2017 sono pari al finanziato anno 2016 corrispondenti ad € ....., come da indicazioni regionali.

*(Solo per ASST Bergamo Est)* Tale assegnazione è pari al budget sottoscritto nel mese di maggio 2016

incrementato di un importo pari ad € 600.000,00, contestualmente decurtato dal budget dei ricoveri, a copertura dei posti tecnici aggiuntivi presso il P.O.F.M. Passi di Calcinato.

*(Solo per ASST Bergamo Ovest)* Tale assegnazione è pari al budget sottoscritto nel mese di maggio 2016 incrementato di un importo pari ad € 95.400,00, contestualmente decurtato dal budget dei ricoveri, a copertura di una produzione che si assesta ormai su livelli superiori alle risorse sinora assegnate.

#### ***L.c. Prestazioni specialistiche ambulatoriali***

L'ATS assegna alla Struttura per il periodo 1 gennaio 2017 - 31 dicembre 2017 un budget complessivo (97%) pari ad € ..... a fronte dell'erogazione di prestazioni ambulatoriali a favore di pazienti residenti in Regione Lombardia, onere 8 e CSCS.

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

*(Solo per ASST Papa Giovanni XXIII )* Come concordato in sede di negoziazione, tale budget viene assegnato a fronte della previsione di un modesto incremento delle attività per il 2017.

*(Solo per ASST Papa Giovanni XXIII e ASST Bergamo Ovest)* Tale assegnazione tiene inoltre già conto della modificata afferenza - ex L.R. 23/2015 e successivi decreti di istituzione delle ASST - dell'Ambulatorio psichiatrico di Brembate Sopra, passato dalla ASST Papa Giovanni XXIII alla ASST Bergamo Ovest, per quanto concerne le prestazioni di specialistica ambulatoriale rendicontate in 28/SAN.

*(Solo per ASST Bergamo Est)* Come concordato in sede di negoziazione, tale budget viene assegnato a fronte della previsione di un recupero parziale delle prestazioni di laboratorio e di un incremento di attività nei presidi ospedalieri di afferenza per il 2017.

*(Solo ASST Bergamo Ovest)* Come concordato in sede di negoziazione, tale budget viene assegnato a fronte della previsione di un recupero di performance su alcune specialità ad alta resa.

*(Solo per le Strutture private)* Le parti riconoscono che il budget su base storica (92%) è calcolato partendo dal finanziato 2016.

*(Per Nephrocare)* Tale assegnazione è determinata partendo dal finanziato anno 2016 incrementato di

€ ..... come da accordi intercorsi con i competenti servizi regionali, a fronte della tipologia di prestazioni erogate (dialisi) e di un budget sinora inadeguato.

*(Solo per Valseriana)* Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2017 è stata aggiunta una quota pari ad € 6.421,78 al finanziato anno 2016, come da negoziazione con la Struttura, attingendo dalle risorse a disposizione dell'ATS per mancato raggiungimento degli obiettivi 2016 da parte di altre strutture private (ex DGR n. X/5954/2017);

*(Solo per Istituto Clinico Quarenghi)* Si precisa che ai fini del calcolo del budget anno 2017, al finanziato anno 2016 dell'Istituto Clinico Quarenghi è stato sommato il finanziato 2016 della Implants srl (a seguito di subentro e successivo riconoscimento quale Ente Unico).

*(Per le strutture interessate)* 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 2016, come da negoziazione con la struttura. 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. U0032982 (colonscopia) del 10.04.2017 e U0034164 (mammografia) del 12.04.2017.

*(Per tutte le Strutture)* La quota aggiuntiva di risorse pari al 5% del finanziato 2016 per un importo di € ..... , non storicizzabile, viene assegnata come da scheda obiettivi allegata (all. 5) parte integrante e sostanziale del presente contratto.

Il budget assegnato include la quota già attribuita per il I quadrimestre 2017, in attuazione della deliberazione ATS n. 3 del 11.01.2017.

*(Solo Strutture Private)* La struttura si impegna ad applicare alla valorizzazione delle prestazioni ambu-

latoriali 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 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, su base ATS o regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità di risorse.

*(Solo Strutture pubbliche)* Il budget assegnato all'ASST è soggetto alle seguenti regressioni tariffarie: per le valorizzazioni 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, su base ATS o regionale, di una dimostrata ulteriore disponibilità di risorse.

*(Per tutte le Strutture, esclusi Centri di Medicina dello Sport e SMeL)* La DGR n. X/6505 del 21.04.2017 prevede inoltre che agli erogatori che nell'esercizio 2017 abbiano erogato un valore inferiore al 106% e contemporaneamente non abbiano rispettato la disciplina dei tempi di attesa venga applicata una decurtazione sull'intera produzione valorizzata pari allo 0,2% per ogni punto, o frazione di punto, di produzione mancante al raggiungimento del valore del 106% che gli erogatori sono impegnati a rendere, fino ad un massimo dell'1,8%.

*(Solo SMeL)* A partire dal 2017 i laboratori territoriali devono eseguire in sede almeno il 50% delle prestazioni erogate. Si precisa che devono essere conteggiate tutte le analisi accettate/garantite sia quelle a carico del SSR sia a quelle non a carico e che saranno considerate solo le prestazioni che danno luogo a referto. Entro il 10 febbraio 2018 i laboratori dovranno autocertificare le prestazioni eseguite in sede e quelle in service, compilando un questionario informatizzato postato sul sito web del Centro regionale di Riferimento Regionale per la qualità degli SMeL.

*(Per le Strutture pubbliche)* In coerenza con quanto previsto dalla DGR n. X/5954/2016 le ATS verifi-



cheranno 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 le Strutture interessate)* L'Ente, all'interno delle risorse già assegnate, è autorizzato a proseguire l'erogazione in regime di SSN per le seguenti branche specialistiche accreditate per l'intera annualità:  
..... E' inoltre autorizzato all'erogazione in regime di SSN per il periodo  
01.06.2017 – 31.12.2017 per le seguenti ulteriori branche specialistiche accreditate:.....

*(Per le Strutture pubbliche)*

#### ***1.d Prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale***

L'ATS assegna alla Struttura per il periodo 1 gennaio 2017 - 31 dicembre 2017 un budget pari ad € ..... a fronte dell'erogazione di prestazioni di assistenza psichiatrica territoriale.

*(Solo per ASST Papa Giovanni XXIII e ASST Bergamo Ovest)* Tale assegnazione tiene conto della modificata afferenza - ex L.R. 23/2015 e successivi decreti di istituzione delle ASST – dell'Ambulatorio psichiatrico di Brembate Sopra, passato dalla ASST Papa Giovanni XXIII alla ASST Bergamo Ovest, per quanto concerne le prestazioni di psichiatria territoriale rendicontate in 46/SAN.

*(Per Strutture pubbliche)*

#### ***1.e Prestazioni di Neuropsichiatria infantile***

L'ATS assegna alla Struttura per il periodo 1 gennaio 2017 - 31 dicembre 2017 un budget pari ad € ..... a fronte dell'erogazione di prestazioni rese dalla Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile e dell'adolescenza.

L'assegnazione comprende le risorse pari ad € ..... assegnate per l'anno 2017 e vincolate ai sensi della DGR X/4981/2016 – Riduzione liste di attesa per logopedia e pazienti affetti da sindrome dello spettro autistico o disabilità complessa.

*(Per Strutture pubbliche)*

#### **1.f Nuove Reti Sanitarie**

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

#### **2. Remunerazioni**

Si precisa che anche per l'esercizio 2017 saranno garantiti agli erogatori pubblici e privati acconti mensili non inferiori al 95% di tutte le prestazioni sanitarie a contratto e delle funzioni non tariffate, salvo differenti indicazioni regionali.

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

L'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 subacute; viene proposto dalle ATS agli erogatori, previa comunicazione alla Regione, entro il 30 novembre 2017, 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 2016 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 la struttura 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. 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 concernenti 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 contestazioni, incideranno sul valore lordo della produzione delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità del presente contratto.

#### **7. Utilizzo del ricettario regionale per prescrizioni di specialistica ambulatoriale**

*(esclusi Centri di Medicina dello Sport)*

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 attività 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 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.

#### **8. 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 definita con successivi provvedimenti regionali.

#### **9. 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.

##### **9.a Qualità dei dati trasmessi**

La Struttura garantisce la qualità dei dati trasmessi impegnandosi a rispettare le indicazioni dettate dal Manuale per la rilevazione delle Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale allegato alla Circolare 53/SAN del 23/12/2005 e le Regole di elaborazione e rendicontazione 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.

##### **9.b Tempestività di invio**

Al fine di consentire il monitoraggio periodico delle attività negoziali tra ATS e soggetti erogatori ac-

creditati 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".

#### **10. 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: nel corso del 2017 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. 29 del 20 gennaio 2017 "ANNO 2017 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 di 14 visite specialistiche e

29 prestazioni di diagnostica strumentale.

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.

#### **11. 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.

#### **12. 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.

*(Per le Strutture pubbliche)* L'Ufficio CCR della ATS Città Metropolitana di Milano comunicherà alle ATS ed a ogni soggetto erogatore aderente alla Rete Regionale di prenotazione i dati riferiti ai contatti gestiti e l'onere a carico della singola struttura erogatrice. Tale onere dovrà essere detratto dall'ATS dall'importo riconosciuto alla struttura erogatrice per le prestazioni erogate (ex DGR n. X/1424/2014 e n. X/2958 del 19.12.2014). Le parti prendono atto che gli adempimenti che si richiedono agli enti ade-

renti al progetto sono periodicamente fissati e rivisti con provvedimenti di Giunta, secondo il "Piano annuale SISS ed il Piano di Diffusione della Rete Regionale di Prenotazione."

### **13. Remunerazione prestazioni a cittadini residenti fuori regione**

*(solo Strutture private esclusi IRCCS)*

Come già anticipato dalla DGR n. X/5954/2016, sulla base di quanto stabilito dalla legge di stabilità, nel 2017 per i soggetti di diritto privato dovranno essere soggette a negoziazione anche le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale erogate a favore di soggetti residenti in altre regioni.

Con successiva DGR n. X/6592 del 12.05.2017 la Giunta regionale, per la definizione dei contratti 2017, ha stabilito, a livello complessivo regionale, una soglia massima di prestazioni a bassa complessità erogabili da strutture di diritto privato per pazienti residenti fuori Regione pari alla produzione del 2016 con riduzione annuale del 10% per un triennio (2017-2019), salvo differenti o ulteriori indicazioni regionali anche in merito ad altre prestazioni di ricovero e/o ambulatoriali.

### **14. 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.

### **15. 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.

#### **16. 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.

#### **17. Assolvimento marche da bollo**

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.

#### **18. Validità e durata**

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per l'anno 2017, 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/5954/2016 si intendono integralmente richiamate, approvate, pienamente accettate e sottoscritte col presente accordo contrattuale.

*(Solo Centro Valseriana e Corpore Sano)* La validità del presente contratto è inoltre da intendersi strettamente circoscritta al periodo di riferimento, senza alcun diritto acquisito di contrattualizzazione 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 stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato.

Letto, confermato e sottoscritto.

Bergamo, li

Il Direttore Generale ATS di Bergamo



Dott.ssa Mara Azzi

Il Legale Rappresentante dell'Ente

Dott. ....



ASSEGNAZIONE 5% COMPLESSIVO per OBIETTIVI con riferimento all'anno 2017		
OBIETTIVO	INDICATORE	STRUTTURE COINVOLTE
Progetto Ambulatori Aperti - Ogni struttura deve garantire una quota aggiuntiva di prestazioni erogate in orari serali (17-22) e sabato/domenica. Le prestazioni devono essere rendicontate con il "flag J" che permette di identificarle. •	- Mantenimento / incremento dei volumi di prestazioni erogate e rendicontate con il "flag J" rispetto al secondo semestre 2016 (o 2° semestre 2015 se obiettivo non rispettato nell'anno 2016)  - Evidenza dell'attivazione di agende in orari serali (17-22) e sabato/domenica.  I giorni e gli orari degli ambulatori aperti devono essere pubblicizzati dalla Struttura anche mediante il proprio sito web e comunicati all'ATS entro il 30 giugno 2017. Devono essere comunicate anche eventuali modifiche in corso d'anno.	- ASST ed EEPA  - Med Sport / Lab Analisi  - NO Laboratorio Aldo e Cele Daccò
TEMPI D'ATTESA Rispetto per almeno il 95% dei tempi d'attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in classe di priorità U, B, D.  Corretta compilazione campo "data prenotazione" (no "00000000") •	Saranno presi in esame i T.A. di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale con esclusione degli accessi programmati e delle prestazioni di Medicina di Laboratorio, e verificata l'aderenza ai tempi d'attesa richiesti dal prescrittore. La base dati sarà costituita dal flusso AMB - 2° semestre 2017 (dati validati da R.L.). Risultato > = 95% di prestazioni rese entro soglia; obiettivo raggiunto; risultato <95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale di prestazioni con classe di priorità U B D erogate entro soglia, qualora si evidenzia un incremento di almeno il 5% del volume delle prestazioni oggetto di valutazione, rispetto a quelle rese nel II° semestre 2016.	ASST ed EEPA  NO SMeL  NO EEPA monospecialistici  NO Med Sport
TEMPI D'ATTESA Rispetto dei tempi d'attesa screening ca mammario e ca colon-retto (Documento di valutazione delle Performance dei DIPS delle ATS Lombarde)  ••	SCREENING CA MAMMARIO In caso di esito positivo va offerto alla donna un appuntamento per gli accertamenti di secondo livello entro ventotto giorni - del calendario solare - dall'esecuzione della Mammografia di screening.  SCREENING COLON-RETTO In caso di esito positivo la visita gastroenterologica deve essere garantita entro 10 gg del calendario solare. Il primo accertamento di secondo livello deve essere garantito entro 30 gg del calendario solare.  risultato raggiunto con TA rispettato nel 70% dei casi  FONTE DATI: flusso AMB (dati validati da R.L.) e scheda ONS	Tutte le Strutture che erogano prestazioni di screening
Prosecuzione e completamento dell'attività di integrazione al SISS dei sistemi informativi, finalizzata alla comunicazione degli eventi sanitari, alla pubblicazione dei documenti sanitari elettronici sottoscritti digitalmente e alla corretta gestione della ricetta dematerializzata ••	* Incremento di documenti sanitari elettronici pubblicati * Percentuale di tempestività di pubblicazione di documenti sanitari elettronici * Corretta gestione delle ricette dematerializzate con modalità WEB Application o modalità integrata tramite WEB Service * Servizio Informativo Integrato MOSA - corretta trasmissione del flusso  NB: gli indicatori vengono definiti struttura per struttura	Strutture sanitarie Private accreditate a contratto  NO Med Sport
Trasmissione tempestiva ed esaustiva del flusso obbligatorio AMB (28/SAN) ••	Non più del 2% di record AMB in ritardo oltre la scadenza prevista (rispetto calendario invii SMAF)  Errori gravi < 1% al consuntivo La base dati sarà costituita dal flusso AMB (dati validati da R.L.). Si esclude il flusso " residuo 2017"	Strutture sanitarie private accreditate a contratto
Implementazione dei referti di Anatomia Patologica delle strutture di ricovero del territorio per il Registro Tumori dell'ATS di Bergamo	Trasmissione entro l'anno solare successivo del record relativi ai referti di Anatomia Patologica dei pazienti con diagnosi oncologica secondo un tracciato record concordato con il SEA dell'ATS di Bergamo	ASST Casa di Cura Gavazzeni Istituti Ospedalieri Bergamaschi
Compilazione del codice di patologia per i soggetti che hanno ricevuto prestazioni in ambito oncologico nei record trasmessi dall'ATS. Riferimento anno 2017 ••	L'indicatore di raggiungimento dell'obiettivo sarà pari al 75% di compilazione dei record inviati dall'ATS sui singoli pazienti che hanno ricevuto nell'anno 2017, le prestazioni di cui all'allegato_1	ASST ENTI PRIVATI DI RICOVERO E CURA che erogano prestazioni in ambito oncologico
Collaborazione, per quanto di competenza, per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti dai "piani vaccinazione nazionali e regionali" ••	Raggiungimento delle % di copertura previste da RL per l'anno in corso	ASST
Implementazione del percorso di presa in carico dei Pazienti cronici •	Predisposizione, entro il 30 giugno 2017, di un progetto che espliciti le modalità con cui la struttura garantisce l'accesso preferenziale alle prestazioni programmabili	ASST EEPA NO SMeL e Ambulatori Odontoiatrici NO EEPA monospecialistici NO Laboratorio Aldo e Cele Daccò
Screening mammografico ••	Accordi ed indicatori (qualitativi) sono trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	Tutte le strutture che erogano prestazioni di screening
Screening colon retto ••	Accordi ed indicatori (qualitativi) sono trasmessi alle strutture interessate prima della stipula del contratto	Tutte le strutture che erogano prestazioni di screening

Legenda:

\* Obiettivo soggetto a valutazione con riferimento al 2° semestre 2017

•• Obiettivo soggetto a valutazione con riferimento all'intera annualità

M 85



## Compilazione del codice di patologia per i soggetti che hanno ricevuto prestazioni in ambito oncologico nei record trasmessi dall'ATS

Si evidenzia come le prestazioni ambulatoriali, in Lombardia, stiano acquisendo sempre più importanza in ambito oncologico, in particolare a partire dal 2012, anno di inizio di utilizzo delle cosiddette MAC (Macro Attività Complesse), prestazioni oncologiche che in precedenza venivano effettuate in day-hospital o in ricovero ordinario. In conseguenza di questo fatto, si è evidenziato un aumento delle prestazioni ambulatoriali in ambito oncologico, con conseguente diminuzione del numero di ricoveri dei pazienti oncologici. Ciò ha comportato una difficoltà per i Registri Tumori, in quanto nel campo diagnosi del flusso 28/SAN raramente è indicato il codice della patologia tumorale. Pertanto, al fine di aumentare ulteriormente il livello qualitativo della casistica individuata dal Registro Tumori dell'ATS di Bergamo, si individua, come obiettivo di qualità 2017 per le strutture di diagnosi e cura, la compilazione del codice di patologia per i soggetti che hanno ricevuto prestazioni in ambito oncologico nei record trasmessi dall'ATS.

Sarà pertanto cura del Servizio Epidemiologico di ATS inviare l'elenco dei singoli assistiti (l'invio sarà effettuato nel rispetto della normativa sulla privacy) che hanno usufruito delle prestazioni di interesse rendicontate in 28/SAN alle strutture che le hanno erogate, secondo un tracciato record in formato .txt, che sarà successivamente condiviso con i referenti dell'obiettivo stesso, individuati e comunicati dalle strutture stesse ad ATS.

Il SEA provvederà preliminarmente a defalcare dall'elenco iniziale tutti quei soggetti la cui patologia risulti già nota sulla base dei dati a disposizione di ATS (ad es. SDO, campo sospetta diagnosi compilato in 28/SAN, etc.).

L'invio da parte di ATS sarà relativo ai 3 quadrimestri dell'anno 2017, oggetto dell'obiettivo, ed avverrà secondo le seguenti scadenze: gennaio-aprile 2017: entro il mese di giugno 2017; maggio-agosto 2017: entro ottobre 2017; settembre-dicembre 2017: entro febbraio 2018.

Le strutture eroganti provvederanno entro 1 mese a restituire il file completandolo, per ogni singolo record, con l'informazione relativa alla diagnosi (di certezza o sospetta), anche se di tipo non oncologico.

L'indicatore di raggiungimento dell'obiettivo, in quanto sperimentale, sarà pari al 75% di compilazione dei record individuati

Le prestazioni di riferimento sono indicate nelle seguenti tabelle:

Codice di prestazione	Definizione
922.xxx	Radioterapia
9985	Ipertermia per il trattamento di tumore
3899	Iniezione di mezzo di contrasto per simulazione radioterapica
9925	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

A queste si aggiungono i primi cinque codici delle MAC

Codice di prestazione	Definizione
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)
MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica (file F 5 e 3)
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM
MAC05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc)

M Sr

