

CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA VAL PADANA E LA FONDAZIONE "TERESA CAMPLANI" PER LE STRUTTURE SANITARIE "CASA DI CURA SAN CLEMENTE" DI MANTOVA E CASA DI CURA ANCELLE DELLA CARITÀ DI CREMONA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE – Anno 2018.

PREMESSO

1. 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 (ora ATS) e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;
2. 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";
3. che costituisce causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna che incide sulla moralità professionale, ai sensi dell'art. 80, comma 1) del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
4. che con la DGR n. IX/3856 del 25.07.2012, come modificata dalla DGR n. IX/4606 del 28.12.2012 ed integrata dalla D.G.R. n. 3275 del 16.3.2015, sono stati stabiliti i requisiti previsti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture accreditate di diritto privato, ai cui contenuti si rimanda integralmente;
5. che con la Deliberazione n. 7600 del 20.12.2017 la Giunta Regionale ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;

6. che ai sensi dell'art. 21, comma 5 della legge regionale n.33/2009, così come modificato dalla legge regionale 23/2015, gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRS-SISS;

7. che in data 3.11.2016 tra l'ATS Val Padana e la FONDAZIONE TERESA CAMPLANI si è stipulato un contratto per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale/diagnostica strumentale per le strutture sanitarie Casa di cura San Clemente di Mantova e Casa di cura Ancelle della Carità di Cremona;

Dato atto che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nell' Allegato alla DGR X/7600/2017 e dell'allegato alla DGR XI/125/2018, ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

Visto l'art. 15 della legge regionale n. 33/2009, così come modificata dalla legge regionale 23/2015;

Tutto ciò premesso

tra

l'**AGENZIA di TUTELA della SALUTE della VAL PADANA** (di seguito ATS), con sede legale in Mantova, via dei Toscani n. 1 – C.F.02481970206, di cui rappresentante legale è il Direttore Generale, dott. Salvatore Mannino, rappresentata per la firma del presente atto dal Direttore del Dipartimento per la Programmazione Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS), dott.ssa Mara Chiara Martinelli, delegata in forza del decreto n. 1 del 12.1.2018,

e

la **FONDAZIONE TERESA CAMPLANI (ente unico)** con sede legale in Brescia, via Moretto n. 33, P.I. 03372480982 - per le strutture Casa di Cura San Clemente di Mantova e Casa di Cura Ancelle della Carità di Cremona - nella persona del dott. Marcello Belotti, in qualità di legale rappresentante a seguito procura speciale (con atto dott. Giovanni Battista Calini, Notaio in Brescia, rep. n. 44006 del 23.11.2015)

si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato in data 3.11.2016, le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per quanto non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:

Art. 1 - Oggetto

Le presenti disposizioni, nelle parti corrispondenti e per il periodo indicato nel successivo art.8, integrano il contratto già stipulato tra l'ATS Val Padana e la FONDAZIONE TERESA CAMPLANI in data 3.11.2016.

Art. 2 - Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto come sopra richiamato, si applicano a tutta la produzione di attività legata alla erogazione di prestazioni ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ATS per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. **Per quanto riguarda il livello economico dei pazienti extraregionali si demanda alle previsioni contenute nell'allegato 1) - punto F) "tetto per le prestazioni a bassa complessità per pazienti fuori regione (erogatori privati)" della DGR n. X/6592/2017.** Tali prestazioni devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale che dovranno essere controllate secondo le quantità e le modalità individuate dalla DGR che ha definito le regole di esercizio 2018.

In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dal 01.01.18 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.18.

Art. 3 - Valorizzazione per le attività di ricovero e cura e di specialistica

Per le **attività di ricovero e cura** la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia (compresi gli stranieri onere 8 ed i cittadini comunitari rendicontati con onere 9, quali bulgari e rumeni che sono da considerarsi alla stregua dei residenti Lombardi) viene individuata nella quota di **€15.874.786,00** che è calcolata sulla base del finanziato 2017, successivamente rimodulata sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura (per la sola struttura San Clemente). Tale somma è suddivisa nel modo seguente:

- Casa di Cura S. Clemente € 8.437.662,00
- Casa di Cura Ancelle della Carità € 7.437.124,00

Resta fermo che l'attribuzione di queste risorse è subordinata alle indispensabili valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate dalle ATS per l'anno 2017 ed alla possibilità reale, sempre verificata dalle ATS, di garantire da parte del soggetto erogatore il massimo livello di appropriatezza di erogazione anche per l'anno 2018.

All'interno della quota di budget per le attività di ricovero e cura si individua in **€ 902.451,00** la somma destinata all'U.O. Cure Palliative (Casa di Cura Ancelle della Carità).

Con la DGR X/4702 del 29/12/2015 e la DGR X/5954 del 05/12/2016 sono stati definiti dei parametri di riferimento per:

- i ricoveri relativi ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriately;
- la percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario. Sulla base dei predetti parametri sono state individuate per i due esercizi delle percentuali di riduzione tariffaria per la casistica non congruente. La DGR X/7600/2017 conferma la necessità di riduzione rispetto al 2017 della valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriately riconducendola ad una percentuale $\leq 20\%$ rispetto ai DRG "appropriati" di cui al Patto per la Salute 2010-2012.

Per le **attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale** la quota di risorse corrisponde al valore calcolato secondo il disposto dalla DGR X/7600/2017 e dalla DGR XI/125/2018 il tutto portato al 94% (**€ 6.031.851,00**), a cui sono da aggiungersi **€ 186.552,00** che corrispondono ad un'ulteriore quota pari a 3 punti percentuali, attribuita dalla ATS secondo i progetti di cui all'art.4 . La quota totale ammonta a **€6.218.403,00** , valore da considerarsi quale 97%. Tra il 97% e il 103% delle risorse, sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% e il 106% fino al 60%. L'eventuale residuo sulla quota di risorse accantonate ai sensi della DGR X/7600/2017 e della DGR XI/125/2018, destinata al budget per la presa in carico, potrà essere riassegnato proporzionalmente a tutti gli erogatori accreditati e a contratto entro il mese di novembre, qualora i consumi relativi ai pazienti arruolati nel 2018 dovessero essere al mese di ottobre stimati inferiori alla quota accantonata.

All'interno della quota di budget per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale si definisce in **€ 241.336,34** la somma destinata esclusivamente allo Screening così come declinato nell'allegato 3) al presente contratto. Le indicazioni operative sono riportate nel citato allegato 3) e si intendono condivise e accettate con la sottoscrizione del presente contratto. Ove nel corso dell'anno si rilevasse un avanzo rispetto a quanto contrattualizzato dovrà essere richiesta formale autorizzazione all'ATS per l'utilizzo della quota eccedente per altre prestazioni.

Si riepiloga di seguito la suddivisione e la composizione della quota di risorse assegnata:

Tabella riepilogativa	Ambulatoriale (97%)	94%	3%	di cui screening
Totale FONDAZIONE TERESA CAMPLANI	6.218.403,00	6.031.851,00	186.552,00	241.336,34
per C.C. Ancelle della Carità - Cremona	2.312.694,00	2.243.313,00	69.381,00	104.702,42
per C.C. San Clemente - Mantova	3.905.709,00	3.788.538,00	117.171,00	136.633,92

Art. 4 - Progetti per il miglioramento della qualità dei servizi

Alla Struttura è destinata una quota di risorse di € 186.552,00 (3%) relativa alle attività di specialistica ambulatoriale, vincolata all'attuazione di specifici progetti sviluppati con la finalità di migliorare la qualità dei servizi erogati. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato 1) del presente contratto.

Art. 5 - Raggiungimento del valore di produzione assegnato e programmazione delle attività

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di ricovero e cura e di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2018 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale. L'erogatore, si impegna a programmare l'erogazione delle attività sanitarie in modo omogeneo durante tutto l'arco dell'anno con le risorse economiche negoziate, al fine di evitare cali di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno.

Art. 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, sempre sulla base del citato DPCM, sono previste delle limitazioni di accesso. 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.

Art. 7 - Utilizzo del ricettario regionale per prescrizione di specialistica ambulatoriale

I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto delle indicazioni date con la DGR 9581/09 e s.m.i. relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni ambulatoriali il cui pieno rispetto rappresenta un'obbligazione contrattualmente rilevante.

Art. 7bis - Rete Regionale di Prenotazione

Il progetto Rete Regionale di Prenotazione è iniziativa di Regione Lombardia, e prevede di mettere a disposizione di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati che vogliano aderire al progetto, il servizio per la prenotazione di prestazioni specialistiche sanitarie. Oggetto del servizio sono i contatti gestiti (prenotazioni, spostamenti e revoche), per il soggetto erogatore sottoscrittore. In adempienza, alle indicazioni della DGR 6538 del 30.1.2008, una parte del costo del contatto gestito è a carico della singola struttura erogatrice. L'Ufficio CCR dell'ATS di Milano comunicherà alle ATS ed a ogni soggetto erogatore pubblico/privato aderente alla Rete Regionale di prenotazione i dati riferiti ai contatti gestiti e l'onere a carico della singola struttura erogatrice che dovrà essere detratto dall'ATS dall'importo riconosciuto alla stessa (struttura erogatrice) per la prestazione erogata – come sancito dalle DGR 1424/2014 e DGR2958/2014.

Le parti prendono atto che gli adempimenti che si richiedono agli enti aderenti al progetto sono periodicamente fissati e rivisti con provvedimenti di Giunta, il Piano annuale SISS ed il Piano di Diffusione della Rete Regionale di Prenotazione.

Art.8 - Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per il periodo 01.01.2018 - 31.12.2018, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 47508/99 e fermo restando il mantenimento dei requisiti previsti dall'accreditamento. Ai sensi dell'art. 15, comma 6 della L.33/2009, così come modificato dalla L.R. 23/2015, l'erogatore dichiara la piena accettazione delle regole di sistema e segnatamente del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e dell'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione.

Art. 9 - Risoluzione del contratto

Il contratto potrà essere risolto, ai sensi dell'art. 1456 del c.c. (clausola risolutiva espressa), nel caso in cui sussistano le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia. La validità del presente contratto è pertanto subordinata alla verifica con esito positivo dell'insussistenza delle suddette cause.

Art. 10 - Applicazione normativa in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione

Richiamando la determinazione Anac n. 1134/2017, gli enti di diritto privato che svolgono attività in regime di accreditamento con il SSN – con oneri a carico dello stesso - sono tenuti, con la graduazione derivante dalla tipologia degli stessi, all'osservanza degli obblighi di cui al d.lgs. 33/2013 - come modificato dal d.lgs.97/2016.

(Imposta di bollo assolta ex art. 6 del DM 17.06.2014)

Letto, confermato e sottoscritto digitalmente.

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO PAAPS

ATS della VAL PADANA

dott.ssa Mara Chiara Martinelli

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

FONDAZIONE TERESA CAMPLANI

dott. Marcello Belotti

**EROGATORE: FONDAZIONE TERESA CAMPLANI
ADDENDUM CONTRATTUALE**

ANNO 2018

Sommario

ALL. 1 : OBIETTIVI CONTRATTUALI	2
ALL. 2 : PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI A MAGGIORE CRITICITÀ.....	4
ALL. 3 : INTERVENTI DI PREVENZIONE	5
ALL. 4 : INDICATORI DI PERFORMANCE DIRETTAMENTE CORRELATI AD ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA.....	9
AII. 5: SISS	10

ALL. 1 : OBIETTIVI CONTRATTUALI

L'Erogatore si impegna al rispetto delle disposizioni della DGR n. X/7600/2017 e alla condivisione ed al perseguimento degli obiettivi indicati in sede regionale ai Direttori Generali delle ATS.

Alla Struttura viene assegnata una quota di risorse corrispondenti a tre punti percentuali dell'importo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali, con i seguenti impegni.

Obiettivo	Peso
<p>Tempi d'attesa</p> <p>L'erogatore si impegna a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa secondo indicazioni regionali; • definire e attuare progettualità specifiche mirate al miglioramento dei tempi delle prestazioni di maggiore criticità (allegato 2); • nominare e comunicare all'ATS il nome del Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa; • garantire la prosecuzione del progetto ambulatori aperti; • garantire l'esposizione di tutte le agende, in trasparenza, senza esclusioni, al Servizio Informativo Integrato MOSA, in modo che i cittadini possano avere visibilità di tutte le agende sanitarie. 	25
<p>Screening</p> <p>L'erogatore si impegna a individuare d'intesa con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell'ATS della Val Padana una adeguata gestione dei singoli percorsi di screening oncologico sia per i test di primo livello che per gli accertamenti di secondo livello (vedi allegato 3);</p>	10
<p>Piano Integrato Locale di Promozione della Salute dell'ATS della Val Padana</p> <p>La struttura si impegna nel perseguimento degli obiettivi indicati e nella attuazione degli interventi previsti.</p>	5
<p>Indicatori di performance</p> <p>L'Erogatore si impegna al perseguimento degli obiettivi di ATS in materia di governo degli ambiti relativi agli indicatori valutati sul Network Regioni: miglioramento specifico della performance per indicatori direttamente correlabili all'attività della struttura (Allegato 4)</p>	<p>1 punto per ogni item anche con obiettivo di ATS non raggiunto</p> <p>6</p>
<p>Reti di Patologia</p> <p>L'Erogatore si impegna ad operare in integrazione territoriale nell'ambito delle Reti di patologia REL, ROL, ReNE, Stroke, STEMI, Trauma, Diabete, Donazione e trapianto, in aderenza ai rispettivi PDTA e fornendo proprio specifico contributo per il perseguimento degli obiettivi regionali dell'ATS attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il rispetto dei valori obiettivo regionali per i relativi indicatori; • la revisione/aggiornamento dei PDTA vigenti, anche nell'ottica dell'evoluzione in reti clinico assistenziali, così come da regole di sistema. 	10
<p>Donazione e trapianti</p> <p>L'Erogatore si impegna:</p> <p>alla partecipazione al raggiungimento degli obiettivi regionali dell'ATS in materia di donazione di cornee (almeno 10% dei deceduti in corso di ricovero) e conservazione di tessuto osseo (almeno 10% dei DRG con protesi).</p>	6

Qualità della rendicontazione		6	
Ricognizione e aggiornamento dei protocolli per erogazione di prestazioni di Macroattività Ambulatoriale Complesse (MAC) condivisi con l'ATS: Un report di ricognizione dei protocolli in uso entro il 30/06/2018 Un documento di aggiornamento per ognuno dei singoli protocolli entro il 31/12/2018			
Fratture di femore	Percentuale di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dalla ammissione.	>75%	5
Qualità del debito informativo			20
L'Erogatore si impegna a garantire:			
	Rispetto delle scadenze segnalate dall'ATS per l'inserimento dei dati relativi ai tempi d'attesa nell'area dedicata nel sito web ATS	100% degli inserimenti entro la scadenza prevista	
	Indicazione sulla prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali della classe di priorità e del quesito diagnostico, sulla base dell'esigenza clinica riscontrata nel momento dell'anamnesi da parte degli specialisti interni.	Incremento della corretta compilazione del campo della classe di priorità	
	Tempestività del debito informativo del flusso 28/SAN da parte degli erogatori	100% delle trasmissioni mensili entro la scadenza prevista	
	Completezza del debito informativo del flusso 28/SAN da parte degli erogatori	< 1% di record 28/SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista	
	Qualità del flusso di ritorno dell'attività di autocontrollo	< 5% di errori "formali"	
		< 5% di errori "sostanziali"	
	Puntuale compilazione del campo relativo alla data di prenotazione della prestazione	≥ 90%	
CRS – SISS			6
La struttura erogatrice è tenuta a rispettare gli adempimenti SISS 2018 (vedi allegato 5). Pesatura applicata al punto A.			
		Totale	100

Il punteggio attribuito dall'ATS nella misurazione degli obiettivi sin qui descritti corrisponderà ai criteri di calcolo stabiliti da Regione Lombardia per la valutazione del Direttore Generale della stessa nei medesimi punti.

ALL. 2 : PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI A MAGGIORE CRITICITÀ

La struttura si impegna a definire progettualità specifiche, di cui fornire evidenza all'ATS e da realizzare nel corso dell'esercizio, per

- Il perseguimento dell'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa entro massimo 30 giorni relativamente alle prestazioni individuate dalla DGR X/7766/2018 (Prima visita oculistica, Ecocolor dopplergrafia cardiaca, Ecografia bilaterale della mammella, Mammografia bilaterale, Ecografia dell'addome superiore, Colonscopia con endoscopio flessibile);
- il miglioramento dei tempi d'attesa per le prestazioni di seguito elencate, per le quali le rilevazioni periodiche (monitoraggio RL_MTA, rilevazioni dei tempi presso i CUP) hanno evidenziato criticità.

Fondazione Teresa Camplani	
Casa di Cura Ancelle	Casa di Cura San Clemente
Prima visita ortopedica Prima visita medicina fisica e riabilitativa Eco bilaterale mammella	Prima visita oculistica Prima visita neurologica Prima visita pneumologica Prima visita gastroenterologica Eco addome Eco color doppler cardiaca

ALL. 3 : INTERVENTI DI PREVENZIONE

Casa di Cura Ancelle della Carità

In coerenza con Regole di Esercizio 2018 (DGR 7600/2017), LEA, obiettivi regionali, valutazioni di Performance, Piano Integrato Locale 2018 (PIL) e Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (DGR X/1497 dell'11 aprile 2017), gli obiettivi contrattuali nell'ambito della diagnosi precoce e prevenzione dei tumori sono i seguenti

- a) screening mammografico: refertazione della mammografia di screening seguendo la procedura della lettura in doppio cieco; presenza di radiologi con comprovata esperienza in materia di screening mammografico (requisito minimo 5.000 mammografie/anno)
- b) Estensione della fascia di età di screening (70-74 anni) per mammografico e colo-rettale: erogazione di volumi aggiuntivi e budgettizzati di attività, di primo e secondo livello per lo screening mammografico
- c) collaborazione attiva ai processi di reingegnerizzazione della gestione informatica di segmenti di attività attualmente gestiti con supporto cartaceo (processi di dematerializzazione dei documenti)
- d) collaborazione alle rilevazioni e alle revisioni dei cancri intervallari, in accordo con ATS e secondo le indicazioni e richieste di Regione Lombardia
- e) disponibilità a fornire con regolarità evidenza documentale dei percorsi di approfondimento di secondo livello diagnostico individuale, allo scopo di completare ed aggiornare la cartella elettronica dell'applicativo gestionale della ATS (programma Dedalus) per le tre linee di screening
- f) favorire l'utilizzo del setting opportunistico che offre lo screening per promuovere abitudini salutari, in accordo e collaborazione con ATS e secondo modalità condivise tra operatori di screening e personale dedicato alla Promozione della Salute.
- g) **Verifica congiunta con ATS rispetto all' impegno contratto nel 2017 di ri-orientare il conferimento dei prelievi cito-istologici provenienti dall'attività di screening verso il Servizio di Anatomia Patologica della ASST di Cremona**

Condizioni per i tempi di attesa per le prestazioni di screening:

- a) screening mammografico, 1° livello: refertazione di prima lettura e seconda lettura entro 10 giorni lavorativi (>80% dei casi)
- b) screening mammografico, 2° livello : esecuzione degli accertamenti entro 30 giorni lavorativi dopo la mammografia positiva (>=80% dei casi)
- c) screening mammografico, refertazione : azioni di miglioramento per inoltro documentazione conclusiva ad ATS entro 15 giorni nel caso di esito negativo, entro 60 giorni nel caso di esito positivo (>=80% dei casi)

Volumi di attività :

Tutte le prestazioni di seguito elencate dovranno essere rendicontate nel tracciato record della Circolare 28/SAN e successive integrazioni, con utilizzo del codice identificativo prestazione "S".

Screening mammografico (50-74 anni)						
<i>Tipo prestazione</i>	<i>Numerosità</i>	<i>Tariffa unitaria (€)</i>	<i>totale €</i>	<i>Incremento numerosità 3%</i>	<i>Incremento budget 3%(€)</i>	<i>Totale budget incrementato (€)</i>
87.37.1 Mammografia bilaterale di 1° livello compresa la seconda	1.900	44,87	85.253,00	57	2.557,59	87.810,59
87.37.2 mammografia monolaterale	310	25,50	7.905,00	10	255,00	8.160,00
88.73.1 eco bilaterale	138	40,06	5.528,28	4	160,24	5.688,52
88.73.2 eco monolaterale	52	23,80	1.237,60	2	47,60	1.285,20
85.11.2 Biopsia ecoguidata mammella	25	38,53	963,25	1	38,53	1.001,78
88.92.9 RMN	3	252,14	756,42	0	0,00	756,42
Totale			101.643,42		3.059,00	104.702,42

Casa di Cura San Clemente

In coerenza con Regole di Esercizio 2018 (DGR 7600/2017), LEA, obiettivi regionali, valutazioni di Performance, Piano Integrato Locale 2018 (PIL) e Piano Regionale Prevenzione 2014-2018 (DGR X/1497 dell'11 aprile 2017), gli obiettivi contrattuali nell'ambito della diagnosi precoce e prevenzione dei tumori sono i seguenti

- h) screening mammografico: refertazione della mammografia di screening, presenza di radiologi con comprovata esperienza in materia di screening mammografico (requisito minimo 5.000 mammografie/anno)
- i) screening coloretale: esecuzione della pancoloscopia in sedazione vigile, completamento delle indagini ricorrendo ad altro percorso di screening (clisma opaco, tac virtuale) < 5% dei casi totali, disponibilità ad effettuare percorso di follow-up endoscopico attivo, implementazione delle agende in funzione dei volumi attesi
- j) Estensione della fascia di età di screening (70-74 anni) per mammografico e colo-rettale: erogazione di volumi aggiuntivi e budgettizzati di attività, di primo e secondo livello
- k) collaborazione attiva ai processi di reingegnerizzazione della gestione informatica di segmenti di attività attualmente gestiti con supporto cartaceo (processi di dematerializzazione dei documenti)
- l) collaborazione alle rilevazioni e alle revisioni dei cancri intervallari, in accordo con ATS e secondo le indicazioni e richieste di Regione Lombardia
- m) disponibilità a fornire con regolarità evidenza documentale dei percorsi di approfondimento di secondo livello diagnostico individuale, allo scopo di completare ed aggiornare la cartella elettronica dell'applicativo gestionale della ATS (programma Dedalus) per le tre linee di screening
- n) individuazione di un referente del debito informativo di cui al punto "f", che possa garantire al Personale del Servizio Screening ATS il costante interscambio di informazioni ed aggiornamenti sull'andamento e chiusura dei referti, secondo le tempistiche di seguito rappresentate
- o) favorire l'utilizzo del setting opportunistico che offre lo screening per promuovere abitudini salutari, in accordo e collaborazione con ATS e secondo modalità condivise tra operatori di screening e personale dedicato alla Promozione della Salute.

Condizioni per i tempi di attesa per le prestazioni di screening:

- d) screening mammografico, 1° livello: refertazione di prima lettura e seconda lettura entro 7 giorni lavorativi (>80% dei casi)
- e) screening colon-retto, 2° livello: entro 40 giorni lavorativi dopo l'esito positivo del sangue occulto fecale(>80% dei casi); accesso diretto (=senza necessità dell'impegnativa, ma all'interno del percorso di screening) all'esecuzione del clisma opaco/colon TAC entro 10 giorni dalla colonscopia risultata incompleta.

Volumi di attività :

Tutte le prestazioni di seguito elencate dovranno essere rendicontate nel tracciato record della Circolare 28/SAN e successive integrazioni, con utilizzo del codice identificativo **prestazione "S"**. Tale codifica DEVE

essere utilizzata per tutte le prestazioni elencate di seguito, effettuate all'interno del percorso di screening e conseguentemente offerte GRATUITAMENTE al cittadino.

Screening mammografico (50-74 anni)	Numerosità	Tariffa (€)	Totale (€)	Incremento numerosità 3%	Incremento budget 3%	Totale budget incrementato (€)
87.37.1 Mammografia bilaterale di 1° livello compresa la prima lettura	2.000	44,87	89.740,00	60	2.692,20	92.432,00

Screening Coloretale (50-74 anni) e follow-up	Numerosità	Tariffa (€)	Totale (€)	incremento numerosità 3% (anche in considerazione ampliamento fascia età)	Incremento budget 3%	Totale budget incrementato (€)
45.25 COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing, washing per prelievo di campione	400	77,31	30.924,00	12	927,72	31.852,00
87.65.2 Clisma opaco	2	109,26	219,00	0		219,00
88016 COLON TAC	5	209,54	1.048,00	0		1.048,00
4542 Pancolon+polipectomia	100	110,84	11.084,00	3		11.084,00
TOTALE			43.274,00		927,72	44.202,00

SINTESI TOTALI			
LINEA SCREENING	BUDGET	INCREMENTO 3%	BUDGET INCREMENTATO
Mammografico	89.740,00	2.692,20	92.432,00
Colonrettale	43.274,00	927,72,00	44.202,00
TOTALE	133.014,00	3.619,92	136.633,92

Dal 1 ottobre 2018 la casa di cura San Clemente sospenderà le prestazioni di endoscopia digestiva, come concordato con le Direzioni ATS Val Padana e ASST di Mantova.

ALL. 4 : INDICATORI DI PERFORMANCE DIRETTAMENTE CORRELATI AD ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA

Indicatori performance Network regioni

Per le attività di screening correlate ai successivi indicatori la struttura si impegna a garantire i volumi programmati dall'ATS, con miglioramento rispetto al precedente esercizio..

Indicatore
Estensione corretta dello screening mammografico
Adesione corretta allo screening coloretale

Per le tipologie di DRG correlate ai successivi indicatori la struttura si impegna a contenere la numerosità di prestazioni erogate. La modalità di calcolo fa riferimento al documento relativo alle SCHEDE INDICATORE pubblicato al portale Network delle Regioni.

Indicatore
Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)
Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)
Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali
Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti

AII. 5: SISS

Per tutti gli EEPA

- A) La struttura si impegna alla corretta gestione della Ricetta Elettronica Dematerializzata (DEM): la percentuale di prescrizioni DEM in stato di Blocco, associate alle prestazioni rendicontate in 28/SAN, dovrà essere in misura pari ad almeno il 95% e la percentuale di prescrizioni DEM in stato Erogato, associate alle --prestazioni rendicontate in 28/SAN, pari ad almeno il 60%.

Per tutti gli EEPA tenuti a refertazione:

- B) La struttura si impegna al rispetto della tempestività di pubblicazione dei referti LIS e PS (ove presenti queste tipologie) entro 24 ore dalla loro produzione in almeno il 95% dei referti pubblicati, per i RIS e gli AMB (ove presenti queste tipologie) si richiede la pubblicazione di almeno il 90% entro le 48 ore.
- C) La struttura si impegna, ai fini della completezza del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), a pubblicare documenti clinici elettronici (DCE) relativi a: referti di laboratorio (LIS), referti di radiologia (RIS), altri referti ambulatoriali (AMB), verbali di PS e lettere di dimissione. Si deve prospettare, per ciascuna tipologia, un incremento delle pubblicazioni rispetto al 2017, inclusi i referti di prestazioni erogate in regime di solvenza

La struttura si impegna inoltre a:

- Avviare l'adeguamento dei propri sistemi (applicativi Software e Repository) alla produzione e gestione dei documenti clinici in forma strutturata secondo il formato CDA2, per garantire l'interoperabilità del FSE secondo le indicazioni operative definite con DM del 04 agosto 2017.
- Avviare l'adeguamento dei propri sistemi per integrarli con i servizi SISS di interscambio referti nel caso di prestazioni di laboratorio erogate tramite service esterni all'Ente per consentirne la pubblicazione su FSE. Ove non fosse possibile procedere in tempi brevi a tale integrazione si deve comunque garantire la completezza dei referti pubblicati, comprensiva delle prestazioni erogate in service
- Integrare al SISS le tipologie di refertazione ove mancanti
- prevedere la pubblicazione di tutte le branche specialistiche della tipologia ambulatoriale ove mancanti

MOSA:

verranno monitorati la percentuale di invii dei flussi MOSA senza errori, l'effettivo invio giornaliero del flusso, la percentuale di record sospesi, la percentuale di reclami sulle prenotazioni effettuate e la corrispondenza tra le date di disponibilità comunicate con il flusso MOSA con quelle effettivamente disponibili nei sistemi di prenotazione aziendale.