

	CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI	
	TRA ATS INSUBRIA E SOGGETTO EROGATORE DI PRESTAZIONI CDI	
	CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO S.P.A. DI MILANO PER LA STRUTTURA C.	
	D.I. POLIAMBULATORIO BESOZZO DI BESOZZO PER L'EROGAZIONE DI	
	PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA	
	STRUMENTALE, COD. REG. 322000806 - BIENNIO 2025-2026	
	Tra	
	l'Agenzia di Tutela della Salute dell'Insubria (di seguito ATS), con sede legale nel	
	Comune di Varese, in via Ottorino Rossi n. 9, codice fiscale e partita IVA	
	03510140126, nella persona del Direttore Generale, Dott. Salvatore Gioia, nato a	
	Siderno (RC) il 07/12/1966, domiciliato per la carica presso la sede della ATS	
	e	
	il soggetto erogatore Ente CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO S.P.A. con sede	
	legale nel Comune di MILANO (MI), in Via Simone Saint Bon, 20, CF 01721030151 /	
	P.IVA 01721030151, nella persona del Dott. ANDREA MECENERO, nato a	
	ARZIGNANO (VI) il 29/08/1975 C.F. MCNNDR75M29A459T, in qualità di legale	
	rappresentante o altro soggetto munito di potere di rappresentanza.	
	Premesso che:	
	- l'art.8-bis del d.lgs. 502/1992 dispone che le Regioni assicurano i livelli essenziali e	
	uniformi di assistenza anche avvalendosi di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo	
	8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies;	
	- in particolare, ai sensi dell'art. 8-quinquies del medesimo decreto, la stipula di	
	contratti costituisce condizione per l'erogazione a carico del Servizio sanitario	
	nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia	
	pubbliche, che private;	
	1	

	- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e	
	sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in	
	coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS	
	competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti	
	analoghi a quelli previsti per le ASST;	
	- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 prevede l'accreditamento quale condizione	
	necessaria, ma non sufficiente, per l'assunzione a carico del fondo sanitario	
	regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'	
	assunzione degli oneri, di cui al primo periodo, è subordinata, sulla base del	
	fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla	
	definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle	
	prestazioni rese e alla valutazione delle performances. La conclusione degli accordi	
	contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è	
	subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni	
	e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia	
	per le strutture pubbliche, sia per quelle private convenzionate;	
	- il soggetto erogatore CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO S.P.A. iscritto al	
	registro delle Strutture accreditate istituito, eroga le prestazioni secondo l'assetto	
	organizzativo e funzionale a contratto presente nell'applicativo SIGAUSS;	
	- la stipula del presente contratto o della scheda annuale di budget da parte degli	
	erogatori privati è subordinata all'acquisizione della documentazione antimafia, dalla	
	quale deve risultare che non sussistono le cause di decadenza, sospensione, divieto	
	previste dalla normativa antimafia, né tentativi di infiltrazione mafiosa tendenti a	
	condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve	
	riferirsi ai soggetti elencati all'art. 85, commi 2, 2-bis, 2-ter e 3 del d.lgs. 6 settembre	

	2011, n. 159;	
	- la stipula del contratto o della scheda annuale di budget è, altresì, subordinata all'	
	assenza in capo al soggetto erogatore di violazioni gravi, definitivamente accertate,	
	rispetto agli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, delle imposte e	
	tasse. A tal fine, l'ATS acquisisce il documento unico di regolarità contributiva	
	(DURC) relativo al soggetto erogatore, ovvero utilizza il DURC acquisito nel periodo	
	di sua validità; il soggetto erogatore deve trasmettere alla ATS l'attestazione del	
	pagamento di imposte e tasse ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 94 del d. lgs	
	36/2023;	
	- la stipula del contratto è inoltre subordinata al rispetto delle norme in materia di	
	tracciabilità dei flussi finanziari;	
	- prima della stipula del contratto o della scheda annuale di budget il soggetto	
	erogatore deve trasmettere dichiarazione sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli	
	artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante e, ove esistenti, dei	
	componenti dell'organo di amministrazione, attestante l'insussistenza di sentenze	
	penali di condanna, anche non definitive, per i reati indicati all'art. 94, comma 1 e 2	
	del decreto legislativo n. 36/2023 e successive modifiche ed integrazioni, a carico	
	degli stessi;	
	- il soggetto erogatore, prima della sottoscrizione del contratto o della scheda	
	annuale di budget, trasmette all'ATS la relazione sull'ultimo bilancio approvato e la	
	relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, redatte da soggetti tenuti alla	
	revisione legale dei conti, ai sensi dell'art. 2409 bis C.C., che attesti in modo esplicito	
	ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a garanzia	
	della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo, rilasciato nel	
	rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10	
	3	

	e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;	
	- il soggetto erogatore con fatturato a carico del Fondo Sanitario Regionale Lombardo pari o superiore a € 800.000 annui, adotta un codice etico comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d. lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso.	
	- un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;	
	- fermo restando il rispetto dei requisiti inerenti la dotazione organica, il numero dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare il numero totale dei posti letto autorizzati, accreditati e a contratto, considerando la media quadrimestrale, nel rispetto dell'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale SIGAUSS, fermo restando che per i ricoveri a carico del SSN possono essere utilizzati anche per i residenti fuori regione esclusivamente posti letto accreditati e a contratto. I ricoveri dovuti a situazioni di emergenza/urgenza, adeguatamente documentati, potranno determinare una presenza di pazienti superiore al numero totale dei posti letto autorizzati. Con riferimento ai ricoveri in regime di day hospital - day surgery, il numero dei pazienti ricoverati non può superare il doppio del numero complessivo dei posti letto autorizzati per ricoveri a ciclo diurno.	
	Si conviene e si stipula quanto segue:	
	Articolo 1 Oggetto del contratto	
	1. Il soggetto erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie	
	4	

	(specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale) secondo l'assetto	
	organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale SIGAUSS e per il quale	
	il soggetto erogatore è iscritto nel registro regionale delle strutture accreditate, per	
	conto e con oneri a carico del SSR ai sensi della normativa vigente, conformi al	
	successivo art. 4 così come specificati nell'allegato A al presente contratto.	
	2. Le prestazioni devono essere erogate in modo da garantire la continuità del	
	servizio nel corso dell'intero anno di riferimento, programmando l'attività ed	
	adeguando la capacità produttiva al budget assegnato.	
	3. Nulla spetterà al soggetto erogatore per le prestazioni eccedentarie il budget	
	assegnato di cui all'allegato A in riferimento alla validità annuale, così come per le	
	prestazioni specialistiche eccedenti la quota di produzione remunerata a tariffa intera	
	o decurtata per effetto delle regressioni vigenti. Parimenti nulla è dovuto al soggetto	
	erogatore per le prestazioni che lo stesso abbia reso in carenza dei requisiti di	
	accreditamento.	
	4. Qualora per fatti eccezionali, il soggetto erogatore non possa espletare	
	temporaneamente le prestazioni oggetto del presente contratto, deve darne	
	tempestiva comunicazione all'ATS che è tenuta ad informare la competente	
	Direzione regionale. In tali casi l'ATS assume le determinazioni più opportune per	
	garantire la continuità assistenziale, compresa l'assegnazione temporanea dei posti	
	letto accreditati e del relativo budget ad altro soggetto erogatore.	
	Articolo 2 Obblighi dell'erogatore	
	1. Il soggetto erogatore con la sottoscrizione del presente contratto si impegna:	
	a) ad accettare il sistema di remunerazione, i controlli, il regime sanzionatorio e l'	
	osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite da Regione Lombardia;	
	b) a mantenere e adeguare i requisiti soggettivi, organizzativi, funzionali e strutturali	
	5	

	definiti in sede di accreditamento e di contrattualizzazione;	
	c) ad erogare le prestazioni secondo protocolli e standard di accessibilità (per gli	
	screening oncologici si richiama l'allegato 4 della DGR n. XII /1827 del 31/01/2024 –	
	punto 4.11 “Attività di screening oncologici” e nell’ambito della sorveglianza delle	
	malattie infettive, per gli erogatori coinvolti, la specifica scheda allegata al presente	
	contratto), appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale, nonché	
	attraverso personale che, in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non	
	versi in situazioni di incompatibilità ex art. 4, comma 7 della L. 412/1991;	
	d) a condividere con l'ATS le proprie agende di prenotazione nei termini e con le	
	modalità definite dalla Regione;	
	e) a rispettare le indicazioni regionali circa le modalità di compilazione e tenuta della	
	documentazione sanitaria. In particolare, la Struttura codifica, registra e comunica le	
	prestazioni rese in totale adesione a quanto contenuto nella documentazione clinica	
	e rispettando le indicazioni e le modalità di codifica e di comunicazione fornite dalla	
	Direzione regionale competente in materia;	
	f) ad erogare – nei limiti del budget assegnato – le tipologie e i volumi di prestazioni,	
	così come specificate dall'ATS nell'allegato A in riferimento alla validità annuale del	
	presente contratto;	
	g) a rendicontare in maniera puntuale tutte le attività erogate in regime di libera	
	professione /solvenza;	
	2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi e al debito informativo	
	previsti dalla regolamentazione vigente rappresentano elemento essenziale della	
	prestazione. In particolare, se il soggetto erogatore soddisfa i requisiti di cui all'art. 2	
	bis, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di	
	accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il	
	6	

	soggetto erogatore è tenuto, altresì, agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle	
	condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.	
	3. Il soggetto erogatore, ai sensi dell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012, nei tre anni	
	successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti di ATS, ASST o di	
	Regione Lombardia che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei propri	
	confronti poteri autoritativi o negoziali, non può concludere con gli stessi contratti di	
	lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi professionali a qualsivoglia titolo.	
	4. La cessione del contratto a terzi, fatte salve, le ipotesi di cessione di azienda o di	
	cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di	
	competenza regionale o dell'ATS, è vietata ed è causa di decadenza dal contratto.	
	Eventuale cessione del credito deve essere espressamente accettata da parte dell'	
	ATS.	
	5. Il soggetto erogatore si impegna a trasmettere all'ATS, entro la fine del mese di	
	febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto, dichiarazione	
	sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale	
	rappresentante circa:	
	a) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni	
	amministrative dipendenti da reato di cui al d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231;	
	b) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni	
	previste dal d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81;	
	c) l'assolvimento o meno degli obblighi previsti in materia di pagamento delle	
	transazioni commerciali di cui al d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.	
	Articolo 2bis Obbligo dell'erogatore all'integrazione ai servizi della rete	
	regionale di prenotazione	
	1. In ottemperanza alla L.r. n. 9/2019 tutti gli erogatori pubblici e privati che erogano	
	7	

	prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale dovranno integrarsi realizzando	
	il collegamento al Sovracup della RRP (GP++) del proprio sistema CUP secondo le	
	disposizioni previste da Regione Lombardia.	
	2. L'erogatore si impegna a collegare il proprio CUP ai servizi della rete Regionale di	
	Prenotazione (Sovracup GP++) mantenendone nel tempo aggiornata l'integrazione.	
	3. L'erogatore si impegna inoltre a esporre tutte le agende in multicanalità nella Rete	
	Regionale di Prenotazione, ad abilitare il più possibile il canale Cittadino Self-care	
	(Online sul sito di Regione Lombardia www.prenotasalute.regione.lombardia.it . e	
	attraverso l'App SALUTILE Prenotazioni) e a promuovere l'utilizzo degli stessi	
	attraverso avvisi e comunicazioni presso gli uffici CUP, gli ambulatori e sui siti	
	aziendali.	
	4. L'erogatore si impegna a condividere le informazioni sull'offerta sanitaria,	
	attraverso i servizi della Rete Regionale di Prenotazione al fine di mettere a	
	disposizione del cittadino un punto unico di accesso a tutta l'offerta sanitaria SSN. Si	
	richiama altresì quanto previsto dall'art. 21 c. 3 lett. c della L.R. 33/2009 e successivi	
	atti applicativi pena la mancata remunerazione di ogni prestazione prenotata al di	
	fuori del sistema del CUP regionale.	
	5. L'erogatore si impegna a mantenere costantemente aperte le agende di	
	prenotazione, senza soluzione di continuità tra un esercizio e l'altro, con	
	conseguente divieto di blocco delle stesse al fine di garantire la trasparenza delle	
	liste di attesa.	
	6. L'erogatore dovrà comunicare alla Rete Regionale di Prenotazione tutti gli	
	appuntamenti fissati direttamente sui propri CUP, per permettere l'annullamento	
	automatico delle prenotazioni doppie (prescrizione prenotata su più ospedali), per	
	liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa e limitare il fenomeno del	
	8	

	"no show".	
	7. L'erogatore si impegna altresì a rispettare i Livelli di Servizio richiesti dall'	
	integrazione con la Rete Regionale di Prenotazione per assicurare un'adeguata	
	qualità del servizio ai cittadini.	
	Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS	
	1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto erogatore dei	
	requisiti autorizzativi e di accreditamento prescritti. A tal fine l'ATS può compiere, in	
	ogni tempo e anche senza preventiva comunicazione, tranne i casi in cui la stessa si	
	rende necessaria per ottimizzare l'attività di controllo, ispezioni e controlli anche	
	tramite l'accesso di propri funzionari presso la Struttura: al termine delle relative	
	operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale	
	rappresentante della Struttura stessa o di suo delegato.	
	2. In particolare, l'ATS deve accertare la corrispondenza dei documenti prodotti	
	rispetto a quelli richiesti ed acquisire la certificazione antimafia anche nei confronti	
	dei soggetti che hanno presentato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio e, nel	
	merito, verificare:	
	a) che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza	
	previsto dal D.Lgs n. 231/2001, risulti in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e	
	corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;	
	b) che dalla relazione sull'ultimo bilancio approvato (della singola Struttura e/o	
	consolidato) redatta da primaria società di revisione contabile risultino, in modo	
	esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a	
	garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'	
	assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;	
	c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e	
	9	

	tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 94 del d. lgs. n. 36/2023.	
	3. La mancata trasmissione da parte del soggetto erogatore della dichiarazione di cui all'art. 2, comma 5 nei termini assegnati comporta l'adozione, da parte dell'ATS, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. L'ATS provvede alle verifiche della documentazione pervenuta entro 15 giorni dal ricevimento della stessa valutando, ai fini della contrattualizzazione e del relativo mantenimento, la gravità dei fatti imputati, l'eventuale rimozione degli stessi e delle relative conseguenze, l'eventuale dissociazione dell'ente dalle condotte illecite.	
	4. La mancata trasmissione della documentazione di cui al comma 3 nei termini indicati nella diffida ad adempiere di cui allo stesso comma, così come l'invio di chiarimenti e precisazioni non esaustivi all'ATS nel rispetto dei termini fissati, comporta l'assegnazione al soggetto erogatore di un congruo termine per la regolarizzazione della propria posizione. La mancata ottemperanza a quanto richiesto determina la sospensione del contratto per una durata massima di sei mesi oltre i quali l'ATS procede, nel caso di persistente inadempimento, alla risoluzione del contratto stesso, ferma restando la necessità di garantire la continuità assistenziale da parte degli utenti. La sospensione per il periodo corrispondente esclude la remunerazione a carico del SSR.	
	5. L'ATS verifica periodicamente con il soggetto erogatore l'andamento della produzione e la sua coerenza con l'allegato A al presente contratto in riferimento a ciascuna annualità.	
	6. Il soggetto erogatore si impegna ad agevolare lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo da parte dell'ATS, anche mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria alle stesse.	

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

Articolo 4 Limiti finanziari

1. In relazione alle risorse finanziarie programmate dal SSR per le prestazioni oggetto del presente contratto i valori di produzione annui massimi sono quelli assegnati nella scheda di budget di cui all'allegato A in riferimento alla validità annuale, parte integrante del presente contratto. Nei suddetti limiti sono da ricomprendersi le prestazioni riferite all'arco temporale dal 1° gennaio dell'anno di riferimento sino al momento della sottoscrizione del contratto o della scheda di budget annuale.

2. L'eventuale modifica dell'importo indicato nella scheda budget può essere concordata tra ATS e soggetto erogatore non oltre il 15 novembre dell'anno di riferimento, compatibilmente con le risorse disponibili e sentita la Direzione Generale competente. A tale riguardo il soggetto erogatore può inviare, entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno di riferimento, l'eventuale segnalazione dell'esigenza di modificare il budget alla ATS. Al raggiungimento della soglia di budget indicata per l'anno di riferimento non sarà riconosciuta alcuna ulteriore remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale.

Articolo 5 Sistema tariffario e pagamenti

1. L'ATS riconosce al soggetto erogatore, nel rispetto delle disposizioni regionali vigenti, le tariffe previste da Regione Lombardia o dai nomenclatori tariffari, secondo le modalità fissate nel presente contratto.

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

	verifica da parte dell'ATS.	
	3. L'ATS eroga acconti mensili secondo le modalità definite annualmente dalla	
	Giunta regionale come validati dalla competente Direzione regionale. Il soggetto	
	erogatore si impegna a emettere mensilmente le fatture degli acconti e ad emettere	
	la fattura relativa al saldo, recante la dicitura "salvo conguagli". L'ATS procederà	
	esclusivamente ai pagamenti per prestazioni correttamente rendicontate nei flussi	
	regionali, con le modalità e nei termini stabiliti da Regione Lombardia.	
	4. Il soggetto erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente	
	erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso contrattualmente assegnate,	
	le quali vengono determinate tenendo conto del limite massimo di spesa sostenibile	
	con il fondo SSR in attuazione della programmazione regionale.	
	5. È fatta salva la facoltà dell'ATS di sospendere l'erogazione parziale o totale dei	
	pagamenti effettuati a qualsiasi titolo, in tutti i casi in cui siano in corso controlli per l'	
	accertamento di gravi violazioni della normativa vigente, dei requisiti per l'esercizio e	
	per l'accreditamento, nonché delle clausole del presente contratto.	
	6. L'avvenuto saldo annuale non pregiudica la ripetizione delle somme che, sulla	
	base dei controlli sull'attività erogata nel periodo di competenza ai sensi dell'art. 3 del	
	presente contratto, risultassero non dovute o dovute in parte. Gli importi relativi a	
	prestazioni che a seguito di ulteriori controlli sugli esercizi precedenti risultassero non	
	dovuti dall'ATS, se già versati, si compensano con quelli dell'esercizio di riferimento e	
	sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.	
	7. Le tariffe corrisposte a carico del Fondo sanitario regionale sono comprensive di	
	qualsiasi onere fiscale.	
	Articolo 6 Sicurezza dei lavoratori	
	1. Il soggetto erogatore è tenuto a porre in essere tutti gli accorgimenti necessari	
	12	

	affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione	
	antifortunistica con particolare riferimento alle disposizioni di cui al d.lgs. 81/2008 e	
	ss.mm. e ii. nonché le previsioni di cui al CCNL di riferimento.	
	2. Il soggetto erogatore dichiara di essere a conoscenza degli obblighi vigenti sulla	
	prevenzione degli infortuni e sull'igiene del lavoro.	
	3. Il soggetto erogatore si impegna, altresì, ad adottare, nell'esecuzione del presente	
	contratto, tutte le misure che secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la	
	tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e morale dei lavoratori utilizzati. Si	
	impegna inoltre ad osservare tutte le norme vigenti di tutela dell'ambiente con	
	particolare riferimento all'inquinamento delle acque e dell'aria ed allo smaltimento dei	
	rifiuti urbani, speciali e tossici nocivi.	
	Articolo 7 Eventi modificativi, sospensione e risoluzione del contratto	
	1. Fatte salve le responsabilità di natura civile, penale e amministrativa, nonché le	
	sanzioni previste dalle disposizioni nazionali e regionali vigenti, la revoca dell'	
	autorizzazione all'esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e	
	contestuale risoluzione del contratto, fermo restando la necessità di assicurare la	
	continuità assistenziale degli utenti. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione all'	
	esercizio o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale sospensione	
	dell'efficacia del contratto.	
	2. In ipotesi di inadempimenti concernenti gli elementi essenziali del contratto, l'ATS	
	contesta per iscritto l'inadempimento, assegnando al soggetto erogatore un termine	
	di 10 giorni per fornire le proprie giustificazioni. Trascorso inutilmente tale termine o	
	in caso di non accoglimento delle giustificazioni presentate nei termini, l'ATS può	
	applicare per la prima violazione una penale dello 0,50% del budget, ferme le ulteriori	
	eventuali sanzioni e conseguenze previste dalla vigente normativa. In caso di	
	13	

	reiterate violazioni potrà essere applicata una penale in misura sino al 2% del budget.	
	3. In caso di inadempimenti gravi e reiterati concernenti gli elementi essenziali del contratto, purché contestati per iscritto con le modalità di cui al comma 2, il contratto può essere sospeso dall'ATS da un minimo di tre ad un massimo di 12 mesi o direttamente risolto, ferma restando la necessità di assicurare agli utenti la continuità assistenziale.	
	4. In tutte le ipotesi di sospensione le prestazioni eventualmente rese non produrranno in ogni caso effetti obbligatori nei confronti di ATS.	
	5. Costituisce causa di risoluzione del contratto la condanna definitiva per uno dei reati di cui al Capo II, Titolo II del codice penale a carico del legale rappresentante del soggetto erogatore, laddove il soggetto erogatore, a seguito della condanna, non provveda alla sollecita adozione di atti di completa e concreta dissociazione dalla condotta penalmente sanzionata.	
	6. Nel caso in cui sussistano o emergano successivamente alla sottoscrizione del contratto le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia, il contratto si intende automaticamente risolto.	
	Articolo 8 Clausola di manleva	
	1. Il soggetto erogatore assume ogni responsabilità per qualsiasi danno causato da propria omissione, negligenza o altra inadempienza nell'esecuzione delle prestazioni contratte e si obbliga ad esonerare il SSN da eventuali pretese risarcitorie di terzi nei confronti di questo avanzate a causa di fatti, omissioni o eventi derivanti dall'esecuzione del contratto, nel limite massimo di euro:	
	- 1.000.000 per sinistro per soggetti erogatori ambulatoriali che non eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati nell'ambito di	

	istituti di ricovero e cura ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri	
	12 gennaio 2017, ivi compresi i laboratori di analisi;	
	- 2.000.000 per sinistro per soggetti erogatori che non svolgono attività chirurgica,	
	ortopedica, anestesiologicala e parto, nonché per le strutture ambulatoriali che	
	eseguono prestazioni erogabili solo in ambulatori protetti, ossia ambulatori situati	
	nell'ambito di istituti di ricovero e cura ai sensi del decreto del Presidente del	
	Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, o attività odontoiatrica;	
	- 4.000.000 per sinistro per i soggetti erogatori che svolgono anche attività chirurgica,	
	ortopedica, anestesiologicala e parto.	
	Articolo 9 Clausola di salvaguardia	
	1. Con la sottoscrizione del contratto il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli	
	effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei controlli	
	e delle sanzioni.	
	2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di	
	condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle	
	sanzioni.	
	Articolo 10 Durata	
	1. Il presente contratto ha validità biennale per quanto attiene agli aspetti giuridici e	
	annuale coincidente con l'anno solare per quanto attiene gli aspetti economici. Lo	
	stesso è prorogato fino alla stipula del nuovo contratto e i rapporti economici	
	intercorrenti durante il periodo di proroga sono passibili di rettifica al momento della	
	sottoscrizione del nuovo contratto e della scheda annuale di budget secondo le	
	regole sopravvenute, fermo restando che l'importo economico massimo delle	
	prestazioni da erogare in tale periodo non può superare i 5/12 del budget dell'anno	
	precedente, fatte salve ulteriori proroghe nella sottoscrizione del budget previste da	
	15	

DGW.

Articolo 11 Trattamento dei dati personali

1. Le parti si autorizzano reciprocamente al trattamento dei dati personali in relazione ad adempimenti connessi al rapporto contrattuale, nel rispetto dei principi generali di cui all' art. 5 del Reg. UE n. 679/2016 (Regolamento) applicabili al trattamento di dati personali, per ciascun trattamento di propria competenza, e delle disposizioni di cui al D. lgs. n.196/2003, così come modificato dal D. lgs. n.101/2018.

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

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

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

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

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

d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di

	modalità virtuale.	
	Articolo 13 Norma di rinvio e adeguamento	
	1. Per tutto quanto non previsto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali	
	vigenti in materia, con particolare riferimento alle regole di negoziazione approvate	
	dalla Giunta Regionale.	
	2. In caso di sopravvenienza di disposizioni legislative o regolamentari regionali,	
	nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto	
	del presente contratto, lo stesso deve intendersi automaticamente modificato ed	
	integrato.	
	3. In tali casi il soggetto erogatore ha facoltà di recedere dal contratto, a mezzo di	
	formale comunicazione da notificare all'ATS e alla Direzione regionale competente	
	per materia, con congruo preavviso al fine di assicurare la continuità assistenziale	
	degli utenti.	
	4. Il contratto si adegua altresì alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere	
	nazionale senza che maggiori oneri derivino per l'ATS dalla necessità del soggetto	
	erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla	
	stipula. Anche in tal caso il soggetto erogatore può recedere dal contratto nei termini	
	di cui al comma 3.	
	5. Le parti danno atto che, al fine di rispondere alle eventuali esigenze determinate	
	da emergenze sanitarie, i servizi oggetto del presente contratto potranno essere	
	assicurati attraverso forme alternative a quelle previste dalla specifica normativa di	
	esercizio e accreditamento, sulla base delle apposite indicazioni nazionali e regionali	
	emanate per rispondere alle eventuali sopravvenute esigenze dettate dall'evolversi	
	del quadro epidemiologico.	
	Articolo 14 Foro competente	
	18	

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2025 – STRUTTURE PRIVATE

Allegato A

Denominazione Gestore	CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO S.P.A.
Codice Regionale	322000806 (Amb.)

Tipologia di Attività	Importo Budget 2025	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero e cura cittadini lombardi	0,00 €	L'importo è pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024 per le prestazioni erogate a favore dei cittadini lombardi, al netto delle eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2024.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	
Ricovero e cura cittadini fuori Regione	0,00 €	L'importo è pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024 per le prestazioni erogate a favore dei cittadini fuori Regione, al netto delle eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel corso del 2024.	Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	
Ricovero e cura cittadini lombardi (incremento vincolato)	0,00 €	Incremento non storicizzabile disposto ai sensi della DGR 3720/2024 e s.m.i.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	L'incremento sarà riconosciuto solo per l'eventuale quota non finanziata oltre il 100% del budget lombardi e secondo le condizioni definite con l'ATS di riferimento in base alle criticità locali.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	L'accesso alle risorse è vincolato all'esaurimento liste di attesa 2020_2023 qualora le risorse specifiche ad esse dedicate non fossero capienti, estendibile al 1° semestre 2024 nel caso di esaurimento delle suddette liste. Solo in caso di accertato recupero delle liste di attesa pregresse sarà possibile utilizzare le risorse per la restante casistica. (Escluse Strutture riabilitative).
Ricovero e cura - bassa complessità	0,00 €	L'importo è pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024 per le prestazioni bassa complessità.	Fuori Regione	Nel caso di superamento del tetto di struttura è previsto un abbattimento dell'esubero di produzione rilevato per ciascuna Struttura rispetto al tetto per bassa complessità definito per l'anno in corso.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura cittadini Fuori Regione". Non si applica agli IRCCS.
Ricovero e cura Quota del 7% vincolata al raggiungimento di obiettivi specifici	0,00 €	L'importo è pari al 7% della voce Ricoveri e cura – cittadini lombardi.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai lombardi)	La quota sarà assegnata in base al grado di raggiungimento degli obiettivi declinati nel sub-allegato alla presente scheda.		L'importo è un di cui della voce "Ricovero e cura – cittadini lombardi".

Tipologia di Attività	Importo Budget 2025	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero e cura Incremento Breast Unit 1%	0,00 €	L'incremento è disposto a sensi della DGR 3720/2024 e s.m.i.		La quota potrà essere riconosciuta a consuntivo solamente in caso di rispetto degli indicatori contenuti nella DGR n. XII/3458/2024 e a fronte di una produzione effettiva non altrimenti finanziata nel budget ordinario.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	
Ricovero e cura Incremento Pancreas Unit 1%	0,00 €	L'incremento è disposto a sensi della DGR 3720/2024 e s.m.i.		La quota potrà essere riconosciuta a consuntivo solamente in caso di rispetto degli indicatori contenuti nelle DGR n. 6241/2022 e DGR n. XII/1802/2024 a fronte di una produzione effettiva non altrimenti finanziata nel budget ordinario.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	
Sub acuti	0,00 €	Importo pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del budget di struttura.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	
Nuove reti sanitarie	0,00 €	Importo pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024.	Lombardi, Stranieri, Fuori Regione	Riconoscimento della produzione fino al raggiungimento del tetto complessivo di sistema.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini lombardi – (Quota 97%)	238.531,28 €	L'importo è pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024 per cittadini lombardi al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel 2024.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento del 30% e tra il 103% e il 106% del 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni. Le prestazioni PNGLA (set prestazioni individuato da DGW) saranno riconosciute fino al 110% senza l'applicazione di regressioni tariffarie. Le prestazioni di laboratorio verranno abbattute del 70% tra il 97% e il 106%, successivamente al 106% non saranno riconosciute.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	Il valore ricomprende anche la quota della presa in carico.
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini fuori regione - (Quota 97%)	1.102,59 €	L'importo è pari al 100% del valore contrattualizzato nel 2024 per cittadini fuori regione al netto di eventuali rimodulazioni non storicizzabili disposte nel 2024.	Fuori Regione	Riconoscimento pieno della produzione fino al raggiungimento del valore del 97%; tra il 97% e il 103% sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento del 30% e tra il 103% e il 106% del 60%. L'impegno a erogare prestazioni a carico del Servizio Sanitario vale fino a questa quota. Oltre la quota 106% non viene garantita la remunerazione delle prestazioni. Le prestazioni di laboratorio verranno abbattute del 70% tra il 97% e il 106%, successivamente al 106% non saranno riconosciute.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	

Tipologia di Attività	Importo Budget 2025	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini lombardi – (incremento vincolato)	922,32 €	Incremento non storicizzabile disposto ai sensi della DGR 3720/2024.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	L'incremento sarà riconosciuto solo per l'eventuale quota non finanziata del budget lombardi e secondo le condizioni definite con l'ATS di riferimento in base alle criticità locali.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	Il valore è inteso come extrabudget (valore assoluto). L'accesso a tali risorse è vincolato al raggiungimento di almeno il 90% dell'obiettivo sui volumi indicato nella specifica scheda obiettivi.
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale. Quota del 3% destinata alla remunerazione alle attività connesse alla presa in carico del paziente cronico	5.692,91 €	Importo riproporzionato rispetto a quanto previsto per la presa in carico nel contratto 2024.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)		Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	L'importo è un di cui della voce “Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)” - cittadini lombardi. Sono escluse le medicine sportive e la quota laboratorio.
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale. Quota del 10% vincolata al raggiungimento di obiettivi specifici	23.853,13 €	Importo pari al 10% del tetto per cittadini lombardi per prestazioni ambulatoriali 2025.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	La quota sarà assegnata in base al grado di raggiungimento degli obiettivi declinati nel sub-allegato alla presente scheda.		L'importo è un di cui della voce “Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini lombardi (Quota 97%)”
Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale - quota relativa alle attività di screening programmato da ATS	0,00 €	Definito in sede di programmazione territoriale i cui volumi sono definiti nella specifica scheda.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	In caso di mancato utilizzo del budget screening ATS potrà valutare di non assegnare le risorse residue non consumate.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	L'importo è un di cui della voce “Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero - cittadini lombardi (Quota 97%)”

Tipologia di Attività	Importo Budget 2025	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Programma di screening HCV	0,00 €	Importo non definito a priori e valorizzato in base a quanto erogato e rendicontato secondo le linee guida screening HCV per le strutture pubbliche e private aderenti.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi)	Riconoscimento fino al raggiungimento del valore massimo regionale stanziato per tale attività.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate dalla data dell'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	L'importo è aggiuntivo alla voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Sindromi respiratorie e altri screening sperimentali	0,00 €	Importo non definito a priori e valorizzato in base a quanto erogato secondo le linee guida regionali dalle strutture coinvolte.	Lombardi (compresi stranieri assimilati ai Lombardi) e Fuori Regione	Riconoscimento fino al raggiungimento del valore massimo regionale stanziato per tale attività.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate secondo le tempistiche previste.	L'importo è aggiuntivo alla voce "Attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, comprensive delle attività di Pronto Soccorso non seguite da ricovero (Quota 97%)"
Ambulatoriale Incremento Breast Unit 1%	0,00 €	L'incremento è disposto a sensi della DGR 3720/2024 e s.m.i.		La quota potrà essere riconosciuta a consuntivo solamente in caso di rispetto degli indicatori contenuti nella DGR n. XII/3458 del 25.11.2024 e a fronte di una produzione effettiva non altrimenti finanziata nel budget ordinario.	Sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dall'01.01.2025, fino al 31.12.2025.	

Letto, confermato e sottoscritto.

ATS DELL'INSUBRIA
Il Direttore Generale
Dott. Salvatore Gioia

FIRMATO DIGITALMENTE

Ente CDI CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO S.P.A.
Il Legale Rappresentante
Dott. ANDREA MECENERO

FIRMATO DIGITALMENTE

RIEPILOGO OBIETTIVI DI QUOTA VARIABILE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ente	C.D.I. CENTRO DIAGNOSTICO ITALIANO S.P.A.
Attività di specialistica ambulatoriale - cittadini lombardi	238.531,28 €
Quota 10%	23.853,13 €

OBIETTIVO	PESO	IMPORTO
TEMPI DI ATTESA	6,50	15.504,53 €
FLUSSI	3,50	8.348,59 €
TOTALE	10,00	23.853,13 €

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

TEMPI DI ATTESA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
INCREMENTO/MANTENIMENTO DEI VOLUMI RISPETTO 2023/2024 DELLE PRESTAZIONI PNGLA	Incremento/mantenimento delle prestazioni PNGLA rispetto al periodo GEN-DIC 2023/2024	5	N. prestazioni erogate / N. prestazioni target	Se [INDICATORE] >=95% : obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] <95% : verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Il grado di raggiungimento complessivo dell’obiettivo annuale sarà proporzionale ai volumi attesi per i singoli raggruppamenti (n. 48 raggruppamenti vedi tabella "PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE") Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: - dei 48 singoli raggruppamenti (vedi tabella "PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE") vengono ricompresi nell'obiettivo solo quelli con un volume atteso >=10 - le prestazioni saranno identificate mediante i codici SISS al fine di poter confrontare le singole prestazioni a seguito dell'introduzione del Nuovo Nomentratore Tariffario - Record a carico SSR : sono ricomprese solamente le prestazioni erogate a carico del SSR (indicatore di prescrizione finanziabile "0") - Le prestazioni vengono estratte in base alla data di fine erogazione - Tipo di prestazione O (ordinarie) e Z (controlli) - Escluse le prestazioni di PS e di medicina dello sport (disciplina 15 - medicina dello sport) - Classe di priorità B, D, P - Cittadini lombardi (Residenza 321 328 + 777 - Campione d'Italia e 888 - Senza fissa dimora) - Ai fini della definizione del target non sono state considerate le prestazioni erogate e finanziate nel 2023/2024 prodotte in seguito ad un incremento di budget non storicizzato - Se i volumi per raggruppamento di prestazioni (n. 48 raggruppamenti vedi tabella "PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE") superano il target annuale fissato, i volumi dei raggruppamenti eccedenti non potranno compensare i volumi di altre prestazioni <u>Volumi attesi anno 2025 (target per raggruppamento di prestazioni)</u> se confronto erogato 2024 >= 2023: erogato 2024 se confronto erogato 2024 >= 90% erogato 2023: +3% erogato del 2024 e comunque fino al 2023 se confronto erogato 2024 < 90% erogato 2023: +5% erogato del 2024 <u>Volumi attesi anno 2026 (target per raggruppamento di prestazioni)</u> se confronto erogato 2024 >= 2023: +2% erogato 2024 se confronto erogato 2024 >= 90% erogato 2023: +7% erogato del 2024 e comunque fino al 2023 se confronto erogato 2024 < 90% erogato 2023: +10% erogato del 2024 Obiettivo a valenza biennale - Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE Solo con un grado di raggiungimento complessivo del presente obiettivo su base annuale PARI o SUPERIORE al 90% sarà consentito l’ACCESSO a eventuali risorse aggiuntive ambulatoriali riportate nella scheda di budget allegata al presente contratto.
TEMPI DI ATTESA	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni dell'indicatore D10Z in classe di priorità B - D - P	0,5	N. prestazioni entro soglia / N. prestazioni * 100	Se [INDICATORE] >=90%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] >=80% : obiettivo raggiunto al 90%; Se [INDICATORE] >= 70% : obiettivo raggiunto al 80%; Se [INDICATORE] <70% : obiettivo non raggiunto Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica (vedi tabella "ELENCO PRESTAZIONI INDICATORE D10Z") - Record a carico SSR : sono ricomprese solamente le prestazioni erogate a carico del SSR (indicatore di prescrizione finanziabile "0") - Tipo di prestazione O (ordinarie) - Escluse le prestazioni di PS e di medicina dello sport (disciplina 15 - medicina dello sport) - Classe di priorità B, D ,P - Cittadini lombardi (Residenza 321 328 + 777 - Campione d'Italia e 888 - Senza fissa dimora) Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

TEMPI DI ATTESA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
TEMPI DI ATTESA	Rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni PNGLA in classe di priorità B - D - P	0,5	N. prestazioni entro soglia / N. prestazioni * 100	Se [INDICATORE] >=90%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] >=85% : obiettivo raggiunto al 90%; Se [INDICATORE] >= 80% : obiettivo raggiunto al 85%; Se [INDICATORE] >= 75% : obiettivo raggiunto al 80%; Se [INDICATORE] >= 70% : obiettivo raggiunto al 75%; Se [INDICATORE] <70% : obiettivo non raggiunto Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: - Vengono monitorate le prestazioni attraverso i codici SISS (vedi tabella "PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE" al netto delle prestazioni contenute nella tabella "ELENCO PRESTAZIONI INDICATORE D10Z" + eventuale colonscopia) - Le prestazioni vengono estratte in base alla data di fine erogazione - Record a carico SSR : sono ricomprese solamente le prestazioni erogate a carico del SSR (indicatore di prescrizione finanziabile "0") - Tipo di prestazione O (ordinarie) - Escluse le prestazioni di PS e di medicina dello sport (disciplina 15 - medicina dello sport) - Classe di priorità B, D ,P - Cittadini lombardi (Residenza 321 328 + 777 - Campione d'Italia e 888 - Senza fissa dimora) - Esclusi gli accessi diretti Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
PRENOTABILITA' DELLE AGENDE TRAMITE LA RRP	Incremento dell'indicazione del codice agenda nel flusso 28/san	0,5	Numero record con codice agenda compilato / Numero record totali	Se [INDICATORE 2025] >= 90% : obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE 2025] < 90% : Se [INDICATORE 2025] > [INDICATORE 2024]: obiettivo raggiunto al 90%; Se [INDICATORE 2025] =< [INDICATORE 2024]: obiettivo non raggiunto; Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: - Record a carico SSR : sono ricomprese solamente le prestazioni erogate a carico del SSR (indicatore di prescrizione finanziabile "0") - Tipo di prestazione O (ordinarie), Z (controlli) e U (urgente) [sono dunque escluse: Prestazioni di screening e PS] - Vengono escluse le prestazioni ad accesso diretto (Escludere dal campo "provenienza" il codice "3 - Accesso diretto" ed esclusi i record con "data erogazione" = "data prenotazione" - Vengono escluse le discipline "00 - Laboratorio" e "15 - Medicina dello Sport" - Vengono escluse le prestazioni elencate nella DGR 3987/2025 (prestazioni non soggette ad obbligo di notifica a RRP) Periodo di riferimento LUGLIO - DICEMBRE 2025

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

FLUSSI				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
SISS - RICETTA DEM	Garanzia della percentuale di prescrizioni DEM in stato bloccato pari almeno al 98% delle prestazioni rendicontate in 28 SAN	0,5	N. prescrizioni DEM in stato bloccato / N. prestazioni rendicontate in 28 san * 100	Se [INDICATORE] >= 98%: obiettivo raggiunto al 100%; se [INDICATORE] compresa tra 70% e 98%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; se [INDICATORE] < 70%: obiettivo non raggiunto Fonte dati: Reportistica ARIA Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
SISS - RICETTA DEM	Garanzia della percentuale di prescrizioni DEM in stato erogato pari almeno all' 80% delle prestazioni rendicontate in 28 SAN	0,5	N. prescrizioni DEM in stato erogato / N. prestazioni rendicontate in 28 san * 100	Se [INDICATORE] >= 80%: obiettivo raggiunto al 100%; se [INDICATORE] compresa tra 50% e 80%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; se [INDICATORE] < 50%: obiettivo non raggiunto Fonte dati: Reportistica ARIA Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
SISS - RICETTA DEM	Prescrizione dematerializzata	0,5	N. prescrizioni DEM / N. prescrizioni totali * 100	Se [INDICATORE] >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Fonte dati: Reportistica ARIA Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
SISS - TEMPESTIVITA' PUBBLICAZIONE REFERTI	Pubblicazione secondo le tempistiche regionali dalla compilazione del 95% di tutti i referti pubblicati (tutti gli ambiti applicativi)	1	N. totale di referti pubblicati secondo le tempistiche regionali / N. totale di referti pubblicati * 100	Se [INDICATORE] >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] compresa tra 70% e 95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] <70%: obiettivo non raggiunto Il calcolo verrà applicato ad ogni singolo ambito erogato, il raggiungimento complessivo dell'obiettivo corrisponderà alla media dei risultati conseguenti alle valutazioni effettuate per singolo ambito. In caso di più strutture afferenti ad un unico ente, i referti "pubblicati entro le tempistiche regionali" e il totale dei "referti pubblicati" verranno sommati Fonte dati: Reportistica ARIA Periodo di riferimento GENNAIO- DICEMBRE 2025

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

FLUSSI				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
CORRETTA RENDICONTAZIONE FLUSSI	Garantire la tempestività di rendicontazione	1	N. record nel rispetto dei tempi / N. record rendicontati totali	Se [INDICATORE] >= 98% : obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 98%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata Sono conteggiati come ritardi i record relativi a prestazioni di specialistica ambulatoriale non rendicontati entro il mese successivo a quello di erogazione (data fine erogazione se presente, altrimenti data erogazione). Fonte dati: 28/SAN Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025

Tabella: PRESTAZIONI PNGLA MONITORATE

Codice Raggruppamento	Descrizione Raggruppamento	Codici SISS
1	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO	018871402, 018871403, 018871404, 018871405, 01887141, 01887142, 01887143, 01887144
2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	018873502, 018873503, 018873504, 01887351, 01887352, 01887353
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo	0188722, 01887221, 0888722
4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI/INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO	018877201, 018877202, 018877203, 018877204, 018877206, 018877207, 01887741, 01887742, 01887751, 01887752, 01887761, 01887762, 01887771, 01887772
5	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	018876101, 018876102, 01887611, 01887612
6	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	0188731, 6988731
7	ECOGRAFIA/ECOCOLORDOPPLER SCROTALE	0188796, 018879E1, 018879E2, 6988796
8	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	0188745, 01887511, 01887512, 01887513, 01887515, 01887516, 01887517, 018875201, 6988751
9	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	0188741, 01887411, 01887413, 01887414, 01887415, 0188742, 0188743, 0188744
10	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	018875202, 01887820, 01887821, 01887822, 01887823, 3788782, 6988797, 698879701
11	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	018879201, 0188793, 01887931, 01887932
12	ECOGRAFIA OSTETRICA	018875203, 018878, 01887801, 01887802, 378878, 37887801
13	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	088950
14	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	0195411, 3895411
	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	0195412, 3895412
15	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	584513, 584516, 5845161, 5845162
16	MAMMOGRAFIA BILATERALE	6987371
17	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	0889708, 08897A3, 08897A304
18	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	0989714, 14897A6
19	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	5289753, 52897A71, 52897A72, 6889701
20	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	5689755, 56897B2
21	PRIMA VISITA EMATOLOGICA	9989716
22	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	0189704, 1989718, 1989719, 19897A803, 19897A807, 19897A808, 19897A81, 19897A82, 19897A823, 9989725, 9989768
23	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	5889701, 5889757, 58897A91, 58897A92
24	PRIMA VISITA GERIATRICA	9989721
25	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	378926, 3789261
26	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	2989727, 29897B40, 29897B41
27	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	0189131, 0189132, 3089728, 328913
28	PRIMA VISITA OCULISTICA	349502, 3495021
29	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	6489762, 6489764, 64897B61, 64897B62
30	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	3889743, 38897B80
31	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	3689735, 36897B7
32	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	6889763, 68897B9
33	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	9989766
34	PRIMA VISITA UROLOGICA	4389746, 4389747, 43897C21, 43897C22
35	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE	69888911
	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO	69888912, 698891U, 698891U1, 698891U2, 698891U3
36	RM DEL COLLO	69888916
37	RM DELLA COLONNA	698889302, 698889303, 698889304, 69888932, 69888933, 69888934, 69888935, 69888936
	RM DELLA COLONNA SENZA E CON MDC	6988893102, 6988893103, 6988893104, 69888937, 69888938, 69888939, 6988893A, 6988893B
38	RM ADDOME INFERIORE	69888954, 698889581, 698889582, 698889583
	RM ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	69888955, 698889591, 698889592, 698889593
39	RM ADDOME SUPERIORE	69888951, 698889511, 698889512
40	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETTRICA	6988894101, 6988894102, 6988894103, 6988894104, 6988894105, 6988894106, 6988894107, 6988894108, 6988894109, 6988894110, 6988894111, 6988894112, 6988894113, 69888944D, 69888944S, 69888945D, 69888945S, 69888946D, 69888946S, 69888947D, 69888947S, 69888948D, 69888948S, 69888949D, 69888949S, 6988894A, 69888948D, 6988894BS, 6988894CD, 6988894CS, 6988894DD, 6988894DS, 6988894ED, 6988894ES, 6988894FD, 6988894FS, 6988894GD, 6988894GS
41	SPIROMETRIA GLOBALE (da unire con semplice)	0189372, 6889372
	SPIROMETRIA SEMPLICE	0189371, 6889371
42	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	088941, 0889411, 0889412, 088943
43	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	6988838102, 6988838103, 6988838104, 6988838105, 6988838A, 6988838B, 6988838C1, 6988838C2
44	TC DEL TORACE	698741
	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC	6987411
45	TC DELL'ADDOME COMPLETO	6988015
	TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	6988016
46	TC DELL'ADDOME INFERIORE	6988013
	TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	6988014
47	TC DELL'ADDOME SUPERIORE	698771, 6988011, 69880111, 69880112
	TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	6987711, 6988012, 69880121, 69880122
48	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA, GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE	6988838601, 6988838602, 6988838603, 6988838604, 6988838605, 6988838606, 69888392D, 69888392S, 69888393D, 69888393S, 69888394D, 69888394S, 69888395D, 69888395S, 69888396D, 69888396S, 69888397D, 69888397S, 69888398D, 69888398S, 69888399D, 69888399S

Tabella: ELENCO PRESTAZIONI INDICATORE D10Z

Prestazione	Codici SISS
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	018873502, 018873503, 018873504, 01887351, 01887352, 01887353
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	018875202, 01887820, 01887821, 01887822, 01887823, 3788782, 6988797, 698879701
ECOGRAFIA OSTETRICA	018875203, 018878, 01887801, 01887802, 378878, 37887801
MAMMOGRAFIA BILATERALE	6987371
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	0889708, 08897A3, 08897A304
PRIMA VISITA OCULISTICA	349502, 3495021
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	3689735, 36897B7
RM DELLA COLONNA	69889302, 69889303, 69889304, 6988932, 6988933, 6988934, 6988935, 6988936
TC DEL TORACE SENZA E CON MDC	6987411

Attività di specialistica ambulatoriale - cittadini lombardi - quota 3% PAI (di cui amb lombardi)	5.692,91 €
---	------------

OBIETTIVO	AZIONE	IMPORTO	TARGET e METODO DI CALCOLO
Presa in carico del paziente	L'Ente si impegna, se richiesto, a rendere disponibili per i Gestori MMG agende per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di soggetti inseriti in un percorso di presa in carico e che consentano il rispetto della tempistica prevista nel PAI. Nel caso dovrà essere previsto anche un formale accordo con il gestore MMG richiedente	5.692,91 €	Presentazione di protocolli della gestione della PIC; Verifica segnalazioni URP