

	CONTRATTO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI	
	TRA ATS INSUBRIA E SOGGETTO EROGATORE DI PRESTAZIONI	
	MULTIMEDICA S.P.A. DI MILANO PER LE STRUTTURE CASA DI CURA S.	
	MARIA DI CASTELLANZA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI	
	RICOVERO, COD. REG. 322030015; CASA DI CURA S. MARIA DI	
	CASTELLANZA PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA	
	AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE, SCREENING	
	ONCOLOGICO, COD. REG. 322000799 - 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 MULTIMEDICA S.P.A. con sede legale nel Comune di	
	MILANO (MI), in Via Fantoli Gaudenzio n. 16/15, CF 06781690968 / P.IVA	
	06781690968, nella persona del Dott. Raffaele Besso, nato a MILANO (MI) il	
	13/01/1946 C.F. BSSRFL46A13F205O, 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	
	1	

	nazionale di servizi e prestazioni sanitarie da parte di strutture accreditate sia	
	pubbliche, che private;	
	- l'art. 8 della l.r. 33/2009 dispone che i soggetti erogatori privati sanitari e	
	sociosanitari, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa statale e regionale e in	
	coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS	
	competenti per le prestazioni previste dalla programmazione regionale contratti	
	analoghi a quelli previsti per le ASST;	
	- l'art. 15, comma 6 della l.r. 33/2009 prevede l'accreditamento quale condizione	
	necessaria, ma non sufficiente, per l'assunzione a carico del fondo sanitario	
	regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'	
	assunzione degli oneri, di cui al primo periodo, è subordinata, sulla base del	
	fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla	
	definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle	
	prestazioni rese e alla valutazione delle 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 MULTIMEDICA 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	
	2	

	condizionare le scelte e gli indirizzi dell'ente. La documentazione antimafia deve	
	referirsi 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	
	3	

	della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo, rilasciato nel	
	rispetto dei limiti di quanto attestabile secondo il Principio di Revisione n. 570, par. 10	
	e deve riguardare tutte le attività sanitarie e sociosanitarie in capo alla proprietà;	
	- il soggetto erogatore con fatturato a carico del Fondo Sanitario Regionale	
	Lombardo pari o superiore a € 800.000 annui, adotta un codice etico	
	comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo di cui al d.	
	lgs. 231/2001 in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si	
	svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso.	
	- un sintetico estratto della relazione annuale dell'organismo di vigilanza, previsto dal	
	d.lgs. 231/2001, che attesti, in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e corretta	
	applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità deve essere	
	inviato all'ATS entro la fine del mese di febbraio di ogni anno;	
	- fermo restando il rispetto dei requisiti inerenti la dotazione organica, il numero dei	
	pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario non può superare 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:	
	4	

Articolo 1 Oggetto del contratto

1. Il soggetto erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie (ricovero, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, screening oncologico) secondo l'assetto organizzativo e funzionale presente nell'applicativo regionale 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 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	
	6	

					prestazione. In particolare, se il soggetto erogatore soddisfa i requisiti di cui all'art. 2	
					bis, comma 3 del D.lgs. n. 33/2013 è tenuto agli obblighi di pubblicazione e di	
					accesso civico generalizzato, limitatamente alle attività di pubblico interesse. Il	
					soggetto erogatore è tenuto, altresì, agli obblighi di trasparenza nei limiti e alle	
					condizioni previste dalla legge 124/2017 e s.m.i.	
					3. Il soggetto erogatore, ai sensi dell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012, nei tre anni	
					successivi alla cessazione del rapporto di lavoro di dipendenti di ATS, ASST o di	
					Regione Lombardia che abbiano esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, nei propri	
					confronti poteri autoritativi o negoziali, non può concludere con gli stessi contratti di	
					lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi professionali a qualsivoglia titolo.	
					4. La cessione del contratto a terzi, fatte salve, le ipotesi di cessione di azienda o di	
					cambiamento di ragione sociale, subordinatamente all'adozione degli atti di	
					competenza regionale o dell'ATS, è vietata ed è causa di decadenza dal contratto.	
					Eventuale cessione del credito deve essere espressamente accettata da parte dell'	
					ATS.	
					5. Il soggetto erogatore si impegna a trasmettere all'ATS, entro la fine del mese di	
					febbraio di ogni anno e comunque prima della stipula del contratto, dichiarazione	
					sostitutiva ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 del legale	
					rappresentante circa:	
					a) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni	
					amministrative dipendenti da reato di cui al d.lgs. 8 giugno 2001, n. 231;	
					b) l'insussistenza o meno di provvedimenti giudiziari che applicano le sanzioni	
					previste dal d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81;	
					c) l'assolvimento o meno degli obblighi previsti in materia di pagamento delle	
					transazioni commerciali di cui al d.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.	
					7	

	Articolo 2bis Obbligo dell'erogatore all'integrazione ai servizi della rete regionale di prenotazione	
	1. In ottemperanza alla L.r. n. 9/2019 tutti gli erogatori pubblici e privati che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale dovranno integrarsi realizzando il collegamento al Sovracup della RRP (GP++) del proprio sistema CUP secondo le disposizioni previste da Regione Lombardia.	
	2. L'erogatore si impegna a collegare il proprio CUP ai servizi della rete Regionale di Prenotazione (Sovracup GP++) mantenendone nel tempo aggiornata l'integrazione.	
	3. L'erogatore si impegna inoltre a esporre tutte le agende in multicanalità nella Rete Regionale di Prenotazione, ad abilitare il più possibile il canale Cittadino Self-care (Online sul sito di Regione Lombardia www.prenotasalute.regione.lombardia.it . e attraverso l'App SALUTILE Prenotazioni) e a promuovere l'utilizzo degli stessi attraverso avvisi e comunicazioni presso gli uffici CUP, gli ambulatori e sui siti aziendali.	
	4. L'erogatore si impegna a condividere le informazioni sull'offerta sanitaria, attraverso i servizi della Rete Regionale di Prenotazione al fine di mettere a disposizione del cittadino un punto unico di accesso a tutta l'offerta sanitaria SSN. 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	
	8	

	appuntamenti fissati direttamente sui propri CUP, per permettere l'annullamento	
	automatico delle prenotazioni doppie (prescrizione prenotata su più ospedali), per	
	liberare disponibilità nelle agende, ridurre le liste di attesa e limitare il fenomeno del	
	“no show”.	
	7. L'erogatore si impegna altresì a rispettare i Livelli di Servizio richiesti dall'	
	integrazione con la Rete Regionale di Prenotazione per assicurare un'adeguata	
	qualità del servizio ai cittadini.	
	Articolo 3 Verifiche e controlli delle ATS	
	1. All'ATS compete la verifica del mantenimento da parte del soggetto erogatore dei	
	requisiti autorizzativi e di accreditamento prescritti. A tal fine l'ATS può compiere, in	
	ogni tempo e anche senza preventiva comunicazione, tranne i casi in cui la stessa si	
	rende necessaria per ottimizzare l'attività di controllo, ispezioni e controlli anche	
	tramite l'accesso di propri funzionari presso la Struttura: al termine delle relative	
	operazioni viene redatto verbale di controllo in contraddittorio con il legale	
	rappresentante della Struttura stessa o di suo delegato.	
	2. In particolare, l'ATS deve accertare la corrispondenza dei documenti prodotti	
	rispetto a quelli richiesti ed acquisire la certificazione antimafia anche nei confronti	
	dei soggetti che hanno presentato la dichiarazione sostitutiva di atto notorio e, nel	
	merito, verificare:	
	a) che dall'estratto sintetico della relazione annuale dell'organismo di vigilanza	
	previsto dal D.Lgs n. 231/2001, risulti in modo esplicito ed inequivocabile, l'efficace e	
	corretta applicazione del modello organizzativo e l'assenza/evidenza di criticità;	
	b) che dalla relazione sull'ultimo bilancio approvato (della singola Struttura e/o	
	consolidato) redatta da primaria società di revisione contabile risultino, in modo	
	esplicito ed inequivocabile, la regolarità della continuità gestionale e finanziaria a	
	9	

	garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo e l'	
	assenza/evidenza di criticità connesse alla gestione;	
	c) l'ottemperanza della struttura agli obblighi relativi al pagamento delle imposte e	
	tasse o dei contributi previdenziali ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 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 affinché siano scrupolosamente rispettate le disposizioni in tema di prevenzione antinfortunistica 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	
	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'	
	14	

	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, anestesiologica 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, anestesiologica 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		
15		

	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	
	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	
	16	

	dovesse venire a conoscenza;	
	d) assicurarsi di essere dotata di modelli appropriati per l'identificazione e la revisione	
	delle modalità di trattamento dei dati e per tempestivamente segnalare violazioni di	
	dati personali ai sensi dell'art. 33 e 34 del Regolamento UE;	
	e) rispettare le prescrizioni di tipo tecnico ed organizzativo in merito alle misure di	
	sicurezza previste nell'art. 32 del Regolamento UE;	
	f) verificare che le misure di sicurezza adottate possano essere ritenute idonee a	
	prevenire i rischi di distruzione o perdita dei dati, anche accidentale, nonché di	
	accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o, comunque, non conforme	
	alle finalità della raccolta.	
	4. Il soggetto erogatore, inoltre:	
	a) raccoglie il consenso al trattamento dei dati, laddove previsto dalla vigente	
	normativa e accerta che il consenso al trattamento dei dati sia espresso mediante un	
	atto positivo inequivocabile con il quale l'interessato manifesta l'intenzione libera,	
	specifica, informata e inequivocabile di accettare il trattamento dei dati personali che	
	lo riguardano, assicurandosi che il consenso sia applicabile a tutte le attività di	
	trattamento svolte per la stessa o le stesse finalità; il consenso da parte dell'	
	interessato deve essere prestato per tutte le finalità oggetto del presente contratto,	
	anche per conto di ATS;	
	b) prima di effettuare la raccolta dei dati relativamente a tutte le finalità oggetto del	
	presente contratto, anche per conto di ATS, fornisce l'informativa agli interessati, ai	
	sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE;	
	c) si impegna ad ottemperare ai requisiti di cui al Regolamento UE, in particolare con	
	riferimento alla nomina del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO - art. 37), all'	
	adozione del Registro delle attività di trattamento (art. 30) e agli adempimenti in caso	
	17	

	di notifica di violazioni dei dati personali all'Autorità di Controllo (art. 33).	
	Articolo 12 Imposta di bollo	
	1. L'imposta di bollo, se dovuta, è a carico del soggetto erogatore e viene assolta in 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	
	18	

	emanate per rispondere alle eventuali sopravvenute esigenze dettate dall'evolversi	
	del quadro epidemiologico.	
	Articolo 14 Foro competente	
	1. Per le sole controversie derivanti dall'interpretazione del presente contratto è	
	competente il Foro corrispondente alla sede legale dell'ATS.	
	Letto, confermato e sottoscritto	
	ATS DELL'INSUBRIA	
	Il Direttore Generale	
	Dott. Salvatore Gioia	
	Ente MULTIMEDICA S.P.A.	
	Il Legale Rappresentante	
	Dott. Raffaele Besso	
	Dichiarazione di accettazione specifica delle clausole contrattuali	
	Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341, comma 2 c.c. si approvano	
	espressamente le seguenti clausole:	
	articolo 4, comma 2	
	articolo 8 Clausola di manleva	
	articolo 9 Clausola di salvaguardia	
	Letto, confermato e sottoscritto	
	Ente MULTIMEDICA S.P.A.	
	Il Legale Rappresentante	
	Dott. Raffaele Besso	
	Contratto firmato digitalmente	
	Il presente contratto è soggetto all'imposta di bollo, ex art. 15 del D.P.R. 642 del	
	1972, di euro 192, pari a n.12 marche da bollo da 16 € cad., assolta in modo virtuale.	
	19	

[illegible]

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2025 – STRUTTURE PRIVATE

Allegato A

Denominazione Gestore	MULTIMEDICA S.P.A.
Codice Regionale	322000799 (Amb.) 322030015 (Ric.)

Tipologia di Attività	Importo Budget 2025	Modalità di determinazione	Erogazione a favore di	Finanziamento	Ambito temporale prestazioni	Note
Ricovero e cura cittadini lombardi	16.145.061,79 €	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	2.115.167,62 €	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)	166.802,29 €	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	1.976.012,75 €	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	1.130.154,33 €	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%	153.150,62 €	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%)	14.160.545,88 €	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%)	463.085,80 €	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)	223.964,50 €	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	393.653,46 €	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	1.416.054,59 €	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	41.600,00 €	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%	147.605,46 €	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 MULTIMEDICA S.P.A.
Il Legale Rappresentante
Dott. Raffaele Besso

FIRMATO DIGITALMENTE

Scheda Screening

SCREENING

Le attività da garantire per l'anno 2025 nell'ambito degli screening organizzati da ATS sono definite tenuto conto della programmazione territoriale.

L'Ente è tenuto, tramite i propri presidi e nel rispetto dei requisiti previsti per ciascun programma di screening, a garantire i seguenti volumi minimi di prestazioni di primo e secondo livello:

- **screening mammella:**
 - volumi primo livello:
 - volumi secondo livello:
- **screening colon retto:**
 - volumi secondo livello: 200
- **screening cervice uterina:**
 - volumi primo livello:
 - volumi secondo livello:

Le prestazioni di I e II livello, così come definite dalla DGW e coordinate localmente dalle ATS, sono finanziate con quota parte del budget per le attività di specialistica ambulatoriale e non sono soggette a regressione tariffaria. Se l'importo erogato supera il tetto screening negoziato per l'anno 2025, sulla base di quanto previsto dalla DGR 3720/2024 e declinato a livello locale dalle ATS, la quota eccedente verrà remunerata a tariffa piena in caso di superamento della capienza del budget ambulatoriale.

RIEPILOGO OBIETTIVI DI QUOTA VARIABILE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ente	MULTIMEDICA SPA
Attività di specialistica ambulatoriale - cittadini lombardi	14.160.545,88 €
Quota 10%	1.416.054,59 €

OBIETTIVO	PESO	IMPORTO
TEMPI DI ATTESA	7,25	1.026.639,58 €
FLUSSI	2,50	354.013,65 €
SCREENING	0,25	35.401,36 €
TOTALE	10,00	1.416.054,59 €

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	3	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.
INCREMENTO/MANTENIMENTO DEI VOLUMI RISPETTO 2023/2024 DELLE PRESTAZIONI DI COLONSCOPIA	Incremento/mantenimento delle prestazioni di colonscopia con endoscopia flessibile rispetto al periodo GEN-DIC 2023/2024	1	N. prestazioni erogate / N. prestazioni target	Se [INDICATORE] >=100% : obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 100% : verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni in 28/SAN con i seguenti criteri: - Codice prestazione: 45.25, 45.23, 45.23.3 e 45.23.4 (Vengono monitorate le prestazioni attraverso i 4 codici SISS 584525 - 584523 - 5845233 - 5845234) [solo se tot. anno atteso >= 10] - 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) 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 <u>Volumi attesi:</u> se confronto erogato 2024 >= 2023: erogato 2024 se confronto erogato 2024 >= 90% erogato 2023: +3% erogato del 2024 se confronto erogato 2024 < 90% erogato 2023: +5% erogato del 2024 Periodo di riferimento GENNAIO-DICEMBRE 2025

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

TEMPI DI ATTESA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
MANTENIMENTO DEI VOLUMI DELLE VISITE DI CONTROLLO RISPETTO AL 2024	Mantenimento del quantitativo di visite di controllo rispetto a quelle effettuate nel 2024	1	N. visite di controllo 2025 / N. visite di controllo 2024	Se [INDICATORE] >=98%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] >= 90%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] <90%: obiettivo non raggiunto Concorrono al raggiungimento dell'obiettivo le prestazioni (vedi tabella "VISITE DI CONTROLLO") in 28/SAN con i seguenti criteri: - Vengono monitorate le prestazioni di controllo attraverso i codici SISS - 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 Z (controlli) - Escluse le prestazioni di PS e di medicina dello sport (disciplina 15 - medicina dello sport) - 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 2024 prodotte in seguito ad un incremento di budget non storicizzato Periodo di riferimento GENNAIO-DICEMBRE 2025
MANTENIMENTO DEL CASE MIX 2024	Mantenimento del case mix riscontrato nel 2024	1	Importo lordo attività lab / Importo lordo attività totale AMB	Se [INDICATORE 2025] <= [INDICATORE 2024]: obiettivo raggiunto al 100%; Se $1 < \frac{[INDICATORE\ 2025]}{[INDICATORE\ 2024]} \leq 1,1$: <i>obiettivo valutato con gradualità attraverso la seguente formula:</i> $(1,1 - \frac{[INDICATORE\ 2025]}{[INDICATORE\ 2024]}) * 1.000$ Se [INDICATORE 2025] / [INDICATORE 2024] > 1,1: 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") - Cittadini lombardi (Residenza 321 328 + 777 - Campione d'Italia e 888 - Senza fissa dimora) - Escluse le prestazioni di PS e prestazioni di laboratorio con provenienza 5 Periodo di riferimento GENNAIO-DICEMBRE 2025
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	0,25	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)	0,5	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	0,5	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

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

SCREENING				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
SCREENING COLON RETTO	Screening colon-retto: verifica del tempo d’attesa intercorrente tra data ESECUZIONE COLONSCOPIA E DATA INSERIMENTO DELL'ESITO DELL'ESAME NEL GESTIONALE <i>(tempo attesa previsto <= 15 giorni PER LE NON OPERATIVE; per le operative <= 15 giorni dalla data dell'ultimo referto)</i>	0,25	(N. cartelle 2° livello chiuse nei tempi previsti / N. totale cartelle 2° livello chiuse) * 100	Screening colon-retto: verifica del tempo d’attesa intercorrente tra data ESECUZIONE COLONSCOPIA E DATA INSERIMENTO DELL'ESITO DELL'ESAME NEL GESTIONALE (tempo attesa previsto <= 15 giorni PER LE NON OPERATIVE ; per le operative <= 15 giorni dalla data dell'ultimo referto)

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, 6988894BD, 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: VISITE DI CONTROLLO

CODICE SISS	DESCRIZIONE PRESTAZIONE
00890104	VISITA DI CONTROLLO ANATOMIA ED ISTOLOGIA PATOLOGICA
018901	VISITA DI CONTROLLO
01890101	VISITA PER CURE PALLIATIVE (CONTROLLO)
01890102	VISITA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)
01890103	VISITA VULNOLOGICA (CONTROLLO)
01890104	VISITA DISLIPIDEMICA (CONTROLLO)
018901A	VISITA MEDICO NUCLEARE (CONTROLLO)
018901C1	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO)
018901C2	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)
08890106	VISITA CARDIOCHIRURGICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
08890107	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO)
08890108	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO)
08890130	VISITA CARDIOLOGICA (CONTROLLO) CON ECG
08890131	VISITA CARDIOCHIRURGICA (CONTROLLO) CON ECG
08890152	VISITA DI CONTROLLO UNITA' CORONARICA
09890101	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)
09890109	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)
09890111	VISITA CHIRURGICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
09890113	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)
09890114	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)
09890140	VISITA CHIRURGICA GENERALE (CONTROLLO)
09890141	VISITA SENOLOGICA (CONTROLLO)
098901S	VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE (CONTROLLO)
12890112	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)
1289015	VISITA CHIRURGICA PLASTICA (CONTROLLO)
14890105	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)
1489012	VISITA ANGIOLOGICA (CONTROLLO)
1489016	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE (CONTROLLO)
19890118	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)
19890119	VISITA DI CONTROLLO ANAMNESI ALIMENTARE E DIETETICA
19890120	VISITA DIETOLOGICA (CONTROLLO)
19890121	VISITA ENDOCRINOLOGICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
19890122	VISITA OSTEOMETABOLICA (CONTROLLO)
19890180	VISITA ENDOCRINOLOGICA (CONTROLLO)
19890181	VISITA DIABETOLOGICA (CONTROLLO)
19890182	VISITA ANDROLOGICA (CONTROLLO)
19890183	VISITA OSTEOMETABOLICA (CONTROLLO)
19890184	VISITA DIETOLOGICA (CONTROLLO)
19890186	VISITA AUXOLOGICA (CONTROLLO)
29890127	VISITA NEFROLOGICA (CONTROLLO)
29890150	VISITA DI CONTROLLO NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)
29890154	VISITA DI CONTROLLO EMODIALISI
298901B0	VISITA NEFROLOGICA (CONTROLLO)
298901B1	MODIFICA DEL PIANO DIALISI (IN VISITA DI CONTROLLO)
30890128	VISITA NEUROCHIRURGICA (CONTROLLO)
30890169	VISITA NEUROCHIRURGICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
32890129	VISITA NEUROLOGICA (CONTROLLO)
32890130	VISITA DI CONTROLLO NEUROPSICOLOGICA
32890132	VISITA DI CONTROLLO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (NEUROLOGIA)
32891303	VISITA DI CONTROLLO NEUROFISIOPATOLOGICA
3394121	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE (CONTROLLO)

Tabella: VISITE DI CONTROLLO

CODICE SISS	DESCRIZIONE PRESTAZIONE
34890133	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO)
34890134	VISITA OCULISTICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
348901D	VISITA OCULISTICA (CONTROLLO)
35890110	VISITA CHIRURGICA MAXILLO FACCIALE (CONTROLLO)
35890134	VISITA ODONTOIATRICA (CONTROLLO)
35890135	VISITA DI CONTROLLO ODONTOIATRICA PEDIATRICA
35890136	VISITA ORTODONTICA (CONTROLLO)
35890137	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA (CONTROLLO)
358901E1	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA (CONTROLLO)
358901E2	VISITA ORTODONTICA (CONTROLLO)
358901E3	VISITA ODONTOIATRICA (CONTROLLO)
36890135	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)
36890136	VISITA ORTOPEDICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
368901G	VISITA ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA (CONTROLLO)
37890136	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)
37890137	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)
37890138	VISITA DI CONTROLLO MENOPAUSA/CLIMATERIO
37890140	VISITA DI CONTROLLO ESAMI MENOPAUSA
37890141	VISITA DI CONTROLLO GRAVIDANZA A RISCHIO
37890142	VISITA DI CONTROLLO GINECOLOGICA CONSULENZA GENETICA
3789262	VISITA GINECOLOGICA (CONTROLLO)
37892640	VISITA OSTETRICA (CONTROLLO)
38890101	VISITA FONIATRICA (CONTROLLO)
38890143	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)
388901H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA (CONTROLLO)
38954302	VISITA FONIATRICA (CONTROLLO)
38954303	VISITA AUDIOLOGICA (CONTROLLO)
40890102	VISITA DI CONTROLLO PSICHIATRIA
40890130	VISITA DI CONTROLLO NEUROPSICHIATRIA
40890131	VISITA DI CONTROLLO NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (PSICHIATRICA
4094121	VISITA PSICHIATRICA (CONTROLLO)
43890146	VISITA ANDROLOGICA (CONTROLLO)
43890147	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)
43890171	VISITA DI CONTROLLO UROLOGIA PEDIATRICA
438901Q	VISITA UROLOGICA (CONTROLLO)
49890101	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)
49890104	VISITA ALGOLOGICA/TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)
49890111	VISITA ANESTESIOLOGICA PER TERAPIA DEL DOLORE (CONTROLLO)
49890112	VISITA PER CURE PALLIATIVE (CONTROLLO)
49890151	VISITA DI CONTROLLO TERAPIA INTENSIVA
52890153	VISITA DERMATOLOGICA (CONTROLLO)
52890171	VISITA DERMATOLOGICA (CONTROLLO)
52890172	VISITA ALLERGOLOGICA (CONTROLLO)
56890155	VISITA FISIATRICA (CONTROLLO)
56890168	VISITA DI CONTROLLO NEURO-RIABILITAZIONE
568901W	VISITA FISIATRICA (CONTROLLO)
58890101	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)
58890125	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)
58890157	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)
58890170	VISITA PEDIATRICA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)
58890191	VISITA GASTROENTEROLOGICA (CONTROLLO)

Tabella: VISITE DI CONTROLLO

CODICE SISS	DESCRIZIONE PRESTAZIONE
58890192	VISITA PROCTOLOGICA (CONTROLLO)
61890158	VISITA MEDICO NUCLEARE (CONTROLLO)
64890139	VISITA DI CONTROLLO GINECOLOGICA ONCOLOGICA
64890161	VISITA ONCOEMATOLOGICA PEDIATRICA (CONTROLLO)
64890162	VISITA ONCOEMATOLOGICA (CONTROLLO)
64890164	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)
648901F1	VISITA ONCOLOGICA (CONTROLLO)
648901F2	VISITA ONCOEMATOLOGICA (CONTROLLO)
68890101	VISITA ALLERGOLOGICA (CONTROLLO)
68890163	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)
688901L	VISITA PNEUMOLOGICA (CONTROLLO)
69890164	VISITA RADIOLOGICA CONTROLLO
698901N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO
70890165	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)
70890167	VISITA DI CONTROLLO RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
708901P	VISITA RADIOTERAPICA (CONTROLLO)
998901	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (VISITA DI CONTROLLO)
99890100	VISITA DI CONTROLLO
99890101	VISITA DI CONTROLLO GENETICA
99890102	VISITA VULNOLOGICA (CONTROLLO)
99890103	VISITA CHIRURGICA TORACICA (CONTROLLO)
99890104	VISITA DISLIPIDEMICA (CONTROLLO)
99890106	VISITA EPATOLOGICA (CONTROLLO)
99890116	VISITA EMATOLOGICA (CONTROLLO)
99890117	VISITA SORVEGLIANZA TERAPIA ANTICOAGULANTE (CONTROLLO)
99890120	VISITA IMMUNOLOGICA (CONTROLLO)
99890121	VISITA GERIATRICA (CONTROLLO)
99890122	VISITA INFETTIVOLOGICA (CONTROLLO)
99890123	VISITA MEDICINA DEL LAVORO (CONTROLLO)
99890124	VISITA INTERNISTICA (CONTROLLO)
99890125	VISITA DIABETOLOGICA (CONTROLLO)
99890126	VISITA MEDICO LEGALE (CONTROLLO)
99890134	VISITA PEDIATRICA (CONTROLLO)
99890145	VISITA DI CONTROLLO PEDIATRIA: CONSULENZA GENETICA
99890146	VISITA TOSSICOLOGICA (CONTROLLO)
99890148	VISITA DI CONTROLLO GRANDI USTIONI PEDIATRICHE
99890149	VISITA DI CONTROLLO GRANDI USTIONI
99890156	VISITA DI CONTROLLO FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA
99890159	VISITA NEONATOLOGICA (CONTROLLO)
99890160	VISITA DI CONTROLLO NEONATOLOGIA: CONSULENZA GENETICA
99890166	VISITA REUMATOLOGICA (CONTROLLO)
99890167	VISITA AUDIOLOGICA (CONTROLLO)
99890168	VISITA AUXOLOGICA (CONTROLLO)
99890169	VISITA PEDIATRICA ALLERGOLOGICA (CONTROLLO)
99890170	VISITA PEDIATRICA NEUROLOGICA (CONTROLLO)
99890175	VISITA ALCOOLOGICA (CONTROLLO)
998901R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE CON STESURA PAI
998901Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO

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

RIEPILOGO OBIETTIVI DI QUOTA VARIABILE PRESTAZIONI DI RICOVERO

Ente MULTIMEDICA SPA
Ricovero - cittadini lombardi 16.145.061,79 €
Quota 7% 1.130.154,33 €

OBIETTIVO	PESO	IMPORTO
APPROPRIATEZZA	4,60	742.672,85 €
FLUSSI	2,40	387.481,48 €
TOTALE	7,00	1.130.154,33 €

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

APPROPRIATEZZA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
NSG	Governo erogazione dei LEA - Indicatore H02Z	0,6	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui	Numeratore Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui Denominatore Numero di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella in regime ordinario o day hospital <i>Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività ≤10 interventi annui</i> 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 Per il calcolo dell'indicatore verrà considerata la performance della breast unit interaziendale Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
NSG	Governo erogazione dei LEA - Indicatore H03C	0,6	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella	Numeratore Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella Denominatore Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella Se [INDICATORE 2025] <= 5%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE 2025] > 5%: Se [INDICATORE 2025] <= [INDICATORE 2024]: obiettivo raggiunto al 90%; Se [INDICATORE 2025] > [INDICATORE 2024]: obiettivo non raggiunto Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
NSG	Governo erogazione dei LEA - Indicatore H04Z	0,6	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Numeratore N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria Denominatore N. di ricoveri ordinari per DRG non a rischio di inappropriatezza Se [INDICATORE 2025] <= 15%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE 2025] > 15%: Se [INDICATORE 2025] <= [INDICATORE 2024]: obiettivo raggiunto al 90%; Se [INDICATORE 2025] > [INDICATORE 2024]: obiettivo non raggiunto Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

APPROPRIATEZZA				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
NSG	Governo erogazione dei LEA - Indicatore H05Z	0,6	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numeratore Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria entro 3 giorni Denominatore Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica 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 Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
TEMPI DI ATTESA	Rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici oncologici programmati – classe di priorità “A” DGR 3720 del 30/12/2024 cap. 8	0,6	N. ricoveri entro soglia / N. ricoveri	Se [INDICATORE] >= 88%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 88%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata. Fonte dati: flusso SDO Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
TEMPI DI ATTESA	Rispetto dei tempi di attesa dei ricoveri chirurgici non oncologici programmati – tutte le classi di priorità DGR 3720 del 30/12/2024 cap. 8	0,6	N. ricoveri entro soglia / N. ricoveri	Se [INDICATORE] >= 85%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 85%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata. Sono escluse le eventuali prestazioni R correlate al recupero dei ricoveri del periodo 2020/2023 Fonte dati: flusso SDO Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
LISTE ATTESA - RICOVERI PROGRAMMATI CHIRURGICI	Governo delle liste d'attesa per i ricoveri programmati	1	N. azioni effettuate / N. azioni previste	Se [INDICATORE] >= 100%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] < 100% raggiungimento proporzionale Azioni previste da nota regionale prot. n.G1.2025.0012686 del 27.03.2025 nel rispetto delle tempistiche regionali: - Inserimento nel flusso SDO delle data di presa in carico dovrà essere inserita nel flusso SDO - Aggiornamento/implementazione del sistema aziendale per includere nel tracciato i campi richiesti

OBIETTIVO DI QUOTA VARIABILE

FLUSSI				
AREA	OBIETTIVO	PESO	INDICATORE	TARGET e METODO DI CALCOLO
TEMPESTIVITA' PUBBLICAZIONE LETTERA DI DIMISSIONI	Pubblicazione nel rispetto delle tempistiche regionali delle lettere di dimissione ospedaliera	0,8	N. totale di referti pubblicati nel rispetto delle tempistiche regionali dalla compilazione/ N. totale delle lettere di dimissione ospedaliera pubblicate*100	Se [INDICATORE] >= 95%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] compreso tra 70% e 95%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] <70%: obiettivo non raggiunto Fonte dati: Reportistica ARIA Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025
COMPLETEZZA LETTERA DI DIMISSIONI	Pubblicazione dei documenti clinici elettronici (DCE) su FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico)	0,8	N. DCE pubblicati / N. totale eventi comunicati in SDO *100	Se [INDICATORE] >= 80%: obiettivo raggiunto al 100%; Se [INDICATORE] compresa tra 60% e 80%: verrà riconosciuta una quota pari alla percentuale registrata; Se [INDICATORE] <60%: obiettivo non raggiunto Fonte dati: Reportistica ARIA Periodo di riferimento GIUGNO - DICEMBRE 2025.
CORRETTA RENDICONTAZIONE FLUSSI	Garantire la tempestività di rendicontazione	0,8	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 ricovero non rendicontati entro il mese successivo a quello di erogazione (data fine erogazione se presente, altrimenti data erogazione). Fonte dati: SDO Periodo di riferimento GENNAIO - DICEMBRE 2025

Attività di specialistica ambulatoriale - cittadini lombardi - quota 3% PAI (di cui amb lombardi)	393.653,46 €
---	--------------

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	262.435,64 €	Presentazione di protocolli della gestione della PIC; Verifica segnalazioni URP
Mantenimento presa in carico del paziente	L'ente si impegna a garantire il percorso di presa in carico fino a nuove disposizioni regionali in materia	131.217,82 €	Verifica segnalazioni URP