

Serie Ordinaria n. 32 - Martedì 07 agosto 2018

D.g.r. 2 agosto 2018 - n. XI/412
Ulteriori determinazioni in ordine al percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile a seguito delle dd.g.r. nn. X/6164/17, X/6551/17, X/7038/17, X/7655/17

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 «*Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità*», ed in particolare l'art. 9 che prevede l'attivazione di modalità organizzative innovative di presa in carico della persona cronica e fragile in grado di integrare le risposte ai bisogni, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali;

Visto il Piano Nazionale della Cronicità di cui all'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016;

Visti altresì:

- il d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 «*Codice in materia di protezione dei dati personali*»;
- il Reg. (CE) 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE «*Regolamento del Parlamento europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)*»;

Richiamate:

- la d.g.r. n. X/6164 del 30 gennaio 2017 ad oggetto «*Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015*» con la quale:
 - sono stati definiti gli indirizzi per il governo della domanda nel percorso di presa in carico, attraverso l'individuazione di cinque livelli di stratificazione dei bisogni della persona;
 - sono state approvate le tariffe di presa in carico ed individuati gli strumenti per garantire l'integrazione dei servizi: il patto di cura, il piano assistenziale individuale;
 - è stato definito il centro servizi per garantire il raccordo funzionale e informativo con i vari livelli di cura;
 - sono state individuate le modalità di remunerazione del percorso di presa in carico, modulabili sui bisogni clinico-assistenziali;
- la d.g.r. n. X/6551 del 4 maggio 2017 ad oggetto «*Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009*» con la quale sono state definite le modalità della presa in carico dei pazienti sopra richiamati; sono stati approvati il «*fac-simile di avviso*» per la selezione da parte delle ATS degli idonei alla presa in carico ed i «*set di riferimento*» e sono state rimodulate le tariffe di presa in carico sulla base dei set stessi;
- la d.g.r. n. X/7038 del 3 agosto 2017 ad oggetto «*Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla d.g.r. n. X/6551 del 04 maggio 2017: Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009*» con la quale sono state approvate indicazioni operative integrative dei criteri di valutazione stabiliti con la d.g.r. n. X/6551/2017 ed i set di riferimento relativi alle prestazioni ed alle corrispondenti branche specialistiche per le attività di laboratorio analisi e delle restanti prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- la d.g.r. n. X/7600 del 20 dicembre 2017 ad oggetto: «*Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio socio-sanitario per l'esercizio 2018*» che ha destinato fino a 13 ml/Euro per la presa in carico proattiva di assistiti cronici da parte MMG/PLS aderenti al modello organizzativo regionale ed ha previsto che, per i soggetti gestori accreditati e a contatto con il SSR, la quota di presa in carico sarà remunerata con le funzioni non tariffabili;
- la d.g.r. n. X/7655 del 28 dicembre 2017 «*Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della d.g.r. n. X/6551 del 4 maggio 2017*» con la quale sono stati definiti indirizzi specifici sull'avvio del percorso di presa in carico e sulle relative modalità organizzative, sono stati approvati il facsimile del Patto di cura ed i set di riferimento «*Farmaceutica e aggiornamenti agli algoritmi di stratificazione dei pazienti*» ed è stato conferito mandato alla Direzione Generale Welfare di definire ulteriori modalità operative di accesso al nuovo modello di presa in carico da parte di MMG/PLS in forma aggregata o come co-gestori;

- il decreto del Direttore Generale Welfare n. 9841 del 6 luglio 2018 con il quale sono state fornite indicazioni operative in ordine ad aspetti quali la sottoscrizione e la conservazione del patto di cura, la visibilità e validazione del PAI, le modalità di gestione dei pazienti arruolati con MMG/PLS in forma aggregata o clinical manager, prossimi al collocamento a riposo, o trasferiti a seguito di mobilità o deceduti, l'ingresso di MMG/PLS in aggregazioni aderenti alla presa in carico;

Visti altresì:

- gli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta - quadriennio normativo 2006 - 2009, biennio economico 2006 - 2007, stipulati in data 29 luglio 2009;
- gli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di Libera Scelta - biennio economico 2008 - 2009, stipulati in data 8 luglio 2010;
- gli Accordi Integrativi Regionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e con i Pediatri di famiglia, validi per l'anno 2018, rispettivamente siglati in data 24 gennaio 2018 e 1 febbraio 2018 nei quali:
 - Regione Lombardia e le OO.SS. dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di famiglia hanno concordato - in attuazione di quanto disposto dall'allegato D, lettera C, comma 1 e dall'articolo 59, lettera D, comma 3 (ACN Medici Medicina Generale) nonché dall'allegato B, lettera C, comma 1 e dall'articolo 58, lettera D, comma 3 (ACN Pediatri di famiglia) - che la redazione e gli aggiornamenti del Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di famiglia siano una prestazione aggiuntiva e documento clinico fondamentale nella gestione della presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili;
 - è stato previsto per singolo PAI, inclusi gli eventuali aggiornamenti, il compenso onnicomprensivo di 10 Euro, da riconoscersi nel cedolino al MMG ed al PdF con cadenza semestrale e quale quota parte della tariffa prevista per la funzione complessiva di accompagnamento alla presa in carico;

Viste da ultimo:

- la d.g.r. n. X/7851 del 12 febbraio 2018 «*Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale valido per l'anno 2018*» che ha stanziato la somma di 12.800.000 Euro per la remunerazione dei PAI, nell'ambito dei 13 ml/Euro di cui alla sopracitata d.g.r. n. X/7600/17;
- la d.g.r. n. X/7852 del 12 febbraio 2018 «*Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Famiglia valido per l'anno 2018*» che ha stanziato la somma di 200.000 Euro per la remunerazione dei PAI, nell'ambito dei 13 ml/Euro di cui alla sopracitata d.g.r. n. X/7600/17;

Dato atto altresì che la citata d.g.r. n. X/7655/2017 - al paragrafo 8 «*Remunerazione tariffa di presa in carico*» dell'allegato n. 1 - ha previsto che: «*la tariffa di presa in carico sarà remunerata dalle ATS di riferimento territoriale alle forme aggregate di MMG (cooperative) al netto della quota del PAI per i pazienti il cui PAI sarà validato dalle ATS nel modo seguente: il 50% alla validazione del PAI, il 44% con acconti mensili e il saldo finale alla fine dell'esercizio. In questo caso la quota è da intendersi al netto dell'IVA. Per i soggetti gestori accreditati e a contatto con il SSR la quota di presa in carico sarà remunerata con le funzioni non tariffabili nel modo seguente: 50% alla validazione del PAI, il 44% con acconti mensili e il saldo finale alla fine dell'esercizio;*»

Ritenuto di stabilire, in considerazione dell'avvio del modello sperimentale della presa in carico, sia per le forme associative di MMG/PLS, sia per i Gestori accreditati e a contratto con il SSR, per i PAI redatti entro il 31 dicembre 2018, che la remunerazione della tariffa di presa in carico, sarà riconosciuta nel modo seguente:

- il 75% alla validazione del PAI, effettuata automaticamente con un algoritmo basato sui set di riferimento, previa fatturazione dell'importo indicato dall'ATS, entro il mese successivo;
- il saldo finale di competenza al termine della validità annuale del PAI stesso;

come riportato all'interno del facsimile di contratto di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento; esclusivamente in caso di forme associative di MMG/PLS ed in caso di Gestori accreditati e a contratto con presenza di cogestori.

store, la tariffa di presa in carico si intende al netto della quota del PAI;

Ritenuto infine che l'ATS, titolare del trattamento dei dati relativi ai pazienti cronici e fragili, debba:

- inserire nei contratti, redatti secondo il facsimile di cui all'allegato del presente provvedimento, che verranno stipulati con i singoli Gestori, apposita clausola relativa alla protezione dei dati personali, individuando e mettendo in atto le misure tecnico - organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, ai sensi dell'art. 32 del Reg. (CE) 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE «Regolamento del Parlamento europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (GDPR) ritenute necessarie sulla base dell'analisi del contesto del Gestore stesso;
- nominare con specifico atto il soggetto Gestore e gli eventuali fornitori dello stesso quali «Responsabili al trattamento dei dati» ai sensi dell'art. 28 del GDPR;
- fornire ai soggetti sopra indicati compiti ed istruzioni, con particolare riferimento a quanto indicato nel citato articolo della normativa europea in materia di protezione dati;

Ritenuto altresì di stabilire, per quanto riguarda i pazienti aderenti al previgente modello CreG, che dovevano transitare al nuovo modello di presa in carico entro il 30 giugno 2018, che la remunerazione a partire dal 1 gennaio 2018 fino alla data di arruolamento con il nuovo modello, sarà pari alla tariffa prevista per la presa in carico, al netto dei 10 euro previsti per il PAI, essendo quest'ultimo già stato remunerato nel modello CreG, calcolata in proporzione al tempo intercorrente dal 1° gennaio 2018 fino alla data di arruolamento al nuovo percorso; dalla data di presa in carico verrà corrisposta la tariffa di remunerazione corrispondente;

Ritenuto opportuno inoltre, alla luce delle risultanze dei primi mesi di attuazione del nuovo modello di presa in carico, stabilire che il termine di 45 giorni previsto dalla d.g.r. n. X/7655/2017 nell'allegato n. 1 (punto 2 - Servizi informativi ai cittadini) per la fissazione da parte del Gestore dell'appuntamento per la stipula del patto di cura e la redazione del PAI, sia modificato nel termine indicativo di 60 giorni. Si conferma che, nel caso in cui il paziente disponga di prestazioni sanitarie già prenotate entro 70 giorni dal primo contatto con il gestore, verrà mantenuta tale prenotazione, al fine di non gravare sulla pianificazione delle agende e il gestore provvederà in quell'occasione alla stipula del patto di cura;

Vagliate e fatte proprie le predette considerazioni;

All'unanimità dei voti, espressi nelle forme di legge,

DELIBERA

1. di approvare l'allegato «Facsimile di contratto anno 2018 per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Agenzia di Tutela Salute (ATS) di e i soggetti gestori accreditati e a contratto o soggetti gestori MMG/PLS in forma aggregata per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili» quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2. di stabilire, ad integrazione della d.g.r. n. X/7655/17, in considerazione dell'avvio del modello sperimentale della presa in carico, sia per le forme associative di MMG/PLS, sia per i Gestori accreditati e a contratto con il SSR, per i PAI redatti entro il 31 dicembre 2018, che la remunerazione della tariffa di presa in carico, sarà riconosciuta nel modo seguente:

- il 75% alla validazione del PAI, effettuata automaticamente con un algoritmo basato sui set di riferimento, previa fatturazione dell'importo indicato dall'ATS, entro il mese successivo;
- il saldo finale di competenza al termine della validità annuale del PAI stesso;

esclusivamente in caso di forme associative di MMG/PLS ed in caso di Gestori accreditati e a contratto con presenza di cogestore, la tariffa di presa in carico si intende al netto della quota del PAI;

3. di disporre, per quanto riguarda i pazienti aderenti al previgente modello CreG, che dovevano transitare al nuovo modello di presa in carico entro il 30 giugno 2018, che la remunerazione a partire dal 1 gennaio 2018 fino alla data di arruolamento con il nuovo modello, sarà pari alla tariffa prevista per la presa in carico, al netto dei 10 euro previsti per il PAI, essendo quest'ultimo già stato remunerato nel modello CreG, calcolata in proporzione al tempo intercorrente dal 1 gennaio 2018 fino alla data di arruolamento al nuovo percorso; dalla data di presa in carico verrà corrisposta la tariffa di remunerazione corrispondente;

4. di stabilire infine che, alla luce delle risultanze dei primi mesi di attuazione del nuovo modello di presa in carico, il termine di 45 giorni previsto dalla d.g.r. n. X/7655/2017 nell'allegato n. 1 (punto 2 - Servizi informativi ai cittadini) per la fissazione da parte del Gestore dell'appuntamento per la stipula del patto di cura e la redazione del PAI, sia modificato nel termine indicativo di 60 giorni. Si conferma che, nel caso in cui il paziente disponga di prestazioni sanitarie già prenotate entro 70 giorni dal primo contatto con il gestore, verrà mantenuta tale prenotazione, al fine di non gravare sulla pianificazione delle agende e il gestore provvederà in quell'occasione alla stipula del patto di cura;

5. di dare mandato alle ATS, titolari del trattamento dei dati relativi ai pazienti cronici e fragili, di:

- inserire nei contratti, redatti secondo il facsimile di cui all'allegato del presente provvedimento, che verranno stipulati con i singoli Gestori, apposita clausola relativa alla protezione dei dati personali, individuando e mettendo in atto le misure tecnico - organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, ai sensi dell'art. 32 del Reg. (CE) 27 aprile 2016, n. 2016/679/UE «Regolamento del Parlamento europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (GDPR) ritenute necessarie sulla base dell'analisi del contesto del Gestore stesso;
- nominare con specifico atto il soggetto Gestore e gli eventuali fornitori dello stesso quali «Responsabili al trattamento dei dati» ai sensi dell'art. 28 del GDPR;
- fornire ai soggetti sopra indicati compiti ed istruzioni, con particolare riferimento a quanto indicato nel citato articolo della normativa europea in materia di protezione dati;

6. di trasmettere il presente provvedimento alle ATS dando loro mandato, altresì, di trasmettere lo stesso ai Gestori risultati idonei al percorso di presa in carico;

7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.L. e sul sito web della Regione Lombardia: www.regione.lombardia.it.

Il segretario: Fabrizio De Vecchi

----- • -----

ALLEGATO**FACSIMILE DI CONTRATTO ANNO 2018 PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AGENZIA DI TUTELA SALUTE (ATS) DI E I SOGGETTI GESTORI ACCREDITATI E A CONTRATTO O SOGGETTI GESTORI MMG/PLS IN FORMA AGGREGATA PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI****Premesse**

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. X/6164 del 30.01.2017, avente ad oggetto: *"Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015"*;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. X/6551 del 4.5.2017, avente ad oggetto: *"Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale n. 33/2009"*;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. X/7038 del 3 agosto 2017, avente ad oggetto *"Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR n. X/6551 del 04/05/2017: Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009"*;

Vista la Delibera di Giunta Regionale n. X/7655 del 28/12/2017, avente ad oggetto: *"Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. X/6551 del 4/05/2017"*;

Visto il decreto del Direttore Generale Welfare n. 9841 del 6 luglio 2018 con il quale sono state fornite indicazioni operative in ordine ad aspetti quali la sottoscrizione e la conservazione del patto di cura, la visibilità e validazione del PAI, le modalità di gestione dei pazienti arruolati con MMG/PLS in forma aggregata o clinical manager, prossimi al collocamento a riposo, o trasferiti a seguito di mobilità o deceduti, l'ingresso di MMG/PLS in aggregazioni aderenti alla presa in carico;

Richiamati gli accordi integrativi regionali MMG e PLS per l'anno 2018, approvati rispettivamente con DD.GG.RR. nn. X/7851 e 7852 del 12 febbraio 2018, che definiscono tra l'altro la remunerazione per la stesura e l'aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (PAI); *(da inserire nel caso di forme associative di MMG/PLS)*

Visto l'avviso per la manifestazione di interesse per la formazione dell'elenco idonei per il ruolo di gestore e di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili pubblicato il da parte della ATS di

Visto il provvedimento di approvazione dell'elenco degli idonei a svolgere la funzione di Gestore e di erogatore a supporto della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili (decreto ATS n.....del.....) (decreto ATS/deliberazione ATS n del) e successive modifiche e integrazioni;

Dato atto che tra i soggetti dichiarati idonei vi è in qualità di Soggetto Gestore;

TRA

l'Agenzia di Tutela della Salute (nel seguito indicata come "ATS") con sede legale in..... Via..... C.F. o Partita I.V.A., rappresentata dal Direttore Generale

E

Il MMG/PLS in forma aggregata (nel seguito indicato come "Gestore"), con sede legale in Via..... C.F. o Partita I.V.A....., rappresentato dal Presidente/Legale rappresentante, (nel seguito indicate congiuntamente come "le Parti"),

o

L'Ente (nel seguito indicato come "Gestore"), con sede legale in Via..... C.F. o Partita I.V.A....., rappresentato dal Presidente/Legale rappresentante, (nel seguito indicate congiuntamente come "le Parti"),

si conviene e si stipula quanto segue:

Le premesse formano parte integrante del presente accordo.

ART. 1 – OGGETTO

Il presente contratto disciplina i rapporti giuridici ed economici tra le Parti, derivanti dalle attività di attuazione del nuovo percorso di cura dei pazienti cronici e fragili, per gli assistiti arruolati dal Gestore (*da inserire in caso di Gestore accreditato e a contratto*) **oppure** per gli assistiti in carico a MMG/PLS operanti in qualità di soci della Cooperativa nell'ambito del territorio dell'ATS di (*da inserire in caso di MMG/PLS in forma aggregata*).

ART. 2 – CENTRALITA' DEL PAZIENTE

La centralità della persona da assistere caratterizza la relazione che si instaura tra soggetto Gestore e paziente, tanto nella sua dimensione personale quanto in quella derivante dal contesto familiare e sociale di riferimento.

Tale centralità deve orientare tutti i comportamenti sia del soggetto Gestore sia degli altri soggetti della rete territoriale coinvolti.

La centralità del paziente deve comprendere:

1. la tempestiva e corretta informazione alla persona assistita e/o ai suoi familiari, nel rispetto delle norme vigenti in tema di privacy, sulle funzioni e sui livelli di responsabilità interni all'organizzazione rispetto all'attuazione dei contenuti del contratto;
2. l'esercizio di effettiva competenza e diligenza professionale nello svolgimento delle prestazioni;
3. il miglioramento della qualità dell'assistenza individualmente percepibile da parte della persona assistita;
4. il rispetto del credo religioso della persona assistita;
5. il rispetto della riservatezza in relazione a fatti e/o circostanze di rilievo personale relativi alla persona assistita o ai suoi familiari;
6. uno stile di lavoro funzionale alla valorizzazione di tutte le risorse relazionali, familiari e sociali attivabili in favore della persona assistita;

7. la disponibilità ad agevolare la persona assistita e/o i suoi familiari nell'esprimere la mutevolezza degli stati di bisogno o eventuali segnalazioni o reclami.

ART. 3 – IMPEGNI DEL GESTORE

Il Gestore si impegna a:

- garantire la presa in carico dei pazienti cronici e fragili secondo quanto contenuto e disposto nei citati provvedimenti regionali, che si intendono pienamente accettati con la sottoscrizione del presente contratto, garantendo nel tempo il mantenimento dei requisiti previsti dalla normativa regionale vigente;
- garantire il coordinamento e l'attivazione della rete erogativa, l'erogazione delle prestazioni, direttamente o tramite partner accreditati, e il follow-up dei pazienti presi in carico;
- non selezionare il paziente che l'ha eletto se non per valide motivazioni cliniche/organizzative, che dovranno essere anticipatamente comunicate all'ATS, nonché valutate ed assentite dalla Commissione Tecnica istituita ai sensi delle D.G.R. n. X/6164/17 e D.G.R. n. X/7655/17;
- segnalare all'ATS eventuali criticità del percorso clinico degli assistiti arruolati;
- comunicare tempestivamente all'ATS l'eventuale aggiornamento dell'elenco dei MMG/PLS afferenti al Gestore e aderenti alla Presa in Carico secondo le tempistiche e le modalità per l'adesione e per il recesso definite da Regione Lombardia *(da inserire nel caso di forme associative di MMG/PLS)*;
- adottare, anche su indicazione dell'ATS, le necessarie soluzioni organizzative e le procedure per garantire la qualità e continuità del servizio, nonché, comunicare tempestivamente all'ATS ogni eventuale modifica o integrazione delle stesse per le necessarie conformità;
- garantire il trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs n. 196 del 30/06/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") nonché in applicazione Regolamento UE Privacy n. 2016/679;
- compilare e conservare la documentazione sanitaria, nel rispetto della normativa vigente e delle indicazioni regionali ed in conformità con i requisiti SISS/ Fascicolo Sanitario Elettronico e con quanto già previsto dagli ACN in vigore *(da inserire in caso di MMG/PLS in forma aggregata)*;
- non recedere dal singolo rapporto assistenziale quale descritto nel Patto di Cura prima del tempo previsto (un anno dalla data della sottoscrizione), senza

giustificato motivo da comunicare in via riservata con un preavviso di almeno 45 giorni all'ATS per opportuna valutazione da parte della Commissione Tecnica istituita ai sensi delle D.G.R. n. X/6164/17 e D.G.R. n. X/7655/17.

ART. 4 – COMPITI DELL'ATS

L'ATS si occupa di:

- monitorare, attraverso le proprie funzioni e articolazioni competenti, la corretta esecuzione del servizio, nonché adottare tutte le soluzioni necessarie, per garantire il rispetto degli impegni contrattuali;
- operare, nell'ambito della propria competenza, al fine di favorire un'armonizzazione tra gli attori del sistema territoriale di presa in carico;
- verificare l'assolvimento di quanto previsto in capo all'Ente Gestore dalle DD.GG.RR. in vigore e qui integralmente richiamate, con particolare riferimento alla verifica del mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, della validità dei PAI predisposti per i pazienti secondo modalità omogenee in ambito regionale, della congruenza tra le prescrizioni pianificate nel PAI e le prestazioni effettuate dai pazienti.

ART. 5 - REMUNERAZIONE FORME ASSOCIATIVE DI MMG/PLS

L'ATS si impegna a remunerare il Gestore, al netto della quota del PAI, per i pazienti il cui PAI sarà validato, nel modo seguente:

- il 50% alla validazione del PAI, previa fatturazione dell'importo indicato dall'ATS, entro il giorno 10 del mese successivo;
- il 44% con acconti mensili calcolati in dodicesimi e comunque commisurato all'effettivo periodo di validità del PAI;
- il saldo finale di competenza, entro la fine dell'esercizio in cui il PAI termina la sua validità annuale.

La quota della tariffa di presa in carico è da intendersi al netto dell'IVA.

Per i PAI redatti entro il 31.12.2018, in considerazione dell'avvio del modello sperimentale della presa in carico, la remunerazione della tariffa di presa in carico, al netto della quota del PAI, sarà riconosciuta nel modo seguente:

- il 75% alla validazione del PAI, effettuata automaticamente con un algoritmo basato sui set di riferimento, previa fatturazione dell'importo indicato dall'ATS, entro il mese successivo;
- il saldo finale di competenza al termine della validità annuale del PAI stesso

Il pagamento da parte dell'ATS verrà effettuato entro 60 giorni dalla data di ricezione della fattura.

Il saldo sarà riconosciuto esclusivamente a conclusione di tutte le attività di valutazione e controllo che saranno poste in capo all'ATS rispetto alla completezza dell'attuazione di quanto programmato nel PAI.

Potranno essere, in ogni caso, previsti eventuali conguagli/decurtazioni che dovessero emergere anche relativamente ad importi già liquidati a titolo di anticipazioni.

L'importo previsto per la redazione del PAI comprensivo degli eventuali aggiornamenti è stabilito dagli Accordi Integrativi Regionali con le OO.SS. dei MMG e dei PLS anno 2018 ed è pari a 10 euro omnicomprensivi che saranno riconosciuti nel cedolino dei MMG/PLS con cadenza semestrale.

In caso di recesso dal Patto di Cura da parte del paziente o di suo decesso in corso di vigenza del PAI:

- se l'evento si verifica entro 6 mesi dalla stipula del Patto di cura, verrà corrisposta al gestore la quota prevista alla validazione del PAI e la quota mensile proporzionata rispetto ai mesi effettivi di presa in carico, considerando un mese intero per i recessi/decessi avvenuti dopo il giorno 16 del mese stesso. L'ATS provvederà ad effettuare i dovuti conguagli con il saldo di competenza.
- se l'evento si verifica nel secondo semestre di presa in carico, la tariffa di remunerazione sarà corrisposta per intero secondo le modalità di remunerazione sopra indicate.

Si precisa altresì che per ogni assistito arruolato potrà essere remunerato esclusivamente un PAI all'anno per ogni anno di presa in carico.

ART. 5 - REMUNERAZIONE GESTORI ACCREDITATI E A CONTRATTO CON SSR

Per i soggetti gestori accreditati e a contratto con il SSR la quota di presa in carico, al netto della quota – in caso di eventuale cogestione – spettante al MMG/PLS cogestore, sarà remunerata con le funzioni non tariffabili nel modo seguente: 50% alla validazione del PAI, il 44% con acconti mensili e il saldo finale di competenza, entro la fine dell'esercizio in cui il PAI termina la sua validità annuale.

Per i PAI redatti entro il 31.12.2018, in considerazione dell'avvio del modello sperimentale della presa in carico la remunerazione della tariffa di presa in carico, al netto della quota – in caso di eventuale cogestione – spettante al MMG/PLS cogestore, sarà riconosciuta nel modo seguente:

- il 75% alla validazione del PAI;
- il saldo finale di competenza al termine della validità annuale del PAI stesso.

Per le strutture sanitarie pubbliche accreditate e a contratto la remunerazione avverrà con le funzioni non tariffabili corrisposte direttamente da Regione.

Per le strutture sanitarie private accreditate e a contratto la remunerazione sarà corrisposta previa fatturazione all'ATS degli importi indicati dalla stessa.

Il saldo sarà riconosciuto esclusivamente a conclusione di tutte le attività di valutazione e controllo che saranno poste in capo all'ATS rispetto alla completezza dell'attuazione di quanto programmato nel PAI.

Potranno essere, in ogni caso, previsti eventuali conguagli/decurtazioni che dovessero emergere anche relativamente ad importi già liquidati a titolo di anticipazioni.

In caso di recesso dal Patto di Cura da parte del paziente o di suo decesso in corso di vigenza del PAI:

- se l'evento si verifica entro 6 mesi dalla stipula del Patto di cura, verrà corrisposta al gestore la quota prevista alla validazione del PAI e la quota mensile proporzionata rispetto ai mesi effettivi di presa in carico, considerando un mese intero per i recessi/decessi avvenuti dopo il giorno 16 del mese stesso. L'ATS provvederà ad effettuare i dovuti conguagli con il saldo di competenza.
- se l'evento si verifica nel secondo semestre di presa in carico, la tariffa di remunerazione sarà corrisposta per intero secondo le modalità di remunerazione sopra indicate.

Si precisa altresì che per ogni assistito arruolato potrà essere remunerato esclusivamente un PAI all'anno per ogni anno di presa in carico.

Art. 6 – PATTO DI CURA

Il Patto di Cura deve essere sottoscritto dal gestore e dall'assistito.

Il Gestore è consapevole che il Patto di Cura dev'essere sottoscritto, con firma olografa, o digitale, o elettronica a norma di legge, dal legale rappresentante del soggetto Gestore accreditato e a contratto o legale rappresentante delle forme associative (società di servizio, cooperative, previste dalla normativa vigente e comunque aggregazioni di MMG dotate di personalità giuridica), o da soggetto dagli stessi formalmente delegato in base a quanto previsto nei singoli atti costitutivi o statutari.

Nel caso di utenti minori o incapaci, la sottoscrizione del Patto di Cura verrà richiesta dal Gestore a chi esercita la potestà genitoriale o tutoriale.

Art. 7 – CONTROLLI

Il Gestore si assoggetterà al regime dei controlli che verrà definito dal livello regionale ed attuato dalle ATS.

ART. 8 - DURATA

Il presente contratto ha validità dalla data di sottoscrizione fino alla permanenza del soggetto Gestore nell'elenco degli idonei.

Tale permanenza é regolata dall'allegato n. 2 alla DGR n. X/6551/2017 "*durata e revoca dell'iscrizione*".

ART. 9 – SOSPENSIONI, INADEMPIENZE E PENALITA'

L'attività oggetto del presente contratto non potrà essere sospesa dal Gestore se non previa autorizzazione dell'ATS.

Il soggetto Gestore assume a proprio carico la responsabilità della puntuale organizzazione del servizio, promuovendo tutte le iniziative atte ad evitare l'interruzione del medesimo.

La mancata effettuazione del servizio rappresenta inadempimento contrattuale e consente all'ATS di richiedere la risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1453 e ss. c.c.,

nonché il risarcimento dei danni conseguenti all'interruzione del servizio stesso, fatti salvi i casi di giusta causa e giustificato motivo.

In caso di inadempienze contrattuali contestate dall'ATS al soggetto Gestore, in assenza di controdeduzioni o ritenute le stesse non soddisfacenti, l'ATS applicherà, fatta salva la richiesta di risarcimento di eventuali danni conseguiti, una penale da un minimo di € 1.000,00 fino ad un massimo di € 5.000,00, secondo la gravità. L'importo delle suddette penalità si intende trattenuto direttamente dall'ATS sui pagamenti dovuti.

ART. 10 – RECESSO

Le parti danno espressamente atto che il presente contratto si intende automaticamente modificato e/o integrato, previa comunicazione e informazione al gestore, per l'effetto di qualsivoglia emanazione di norme legislative o regolamentari, sia nazionali che regionali, nonché a seguito dell'adozione di provvedimenti amministrativi regionali o della revisione dei criteri tecnico-operativi previsti a cura dell'ATS, incidenti sul contenuto dello stesso.

In tali casi il Gestore ha facoltà di segnalare l'interesse a recedere dal contratto, a mezzo di formale comunicazione, da notificare all'ATS di e alla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, con congruo preavviso da stabilire in accordo con l'Agenzia e comunque adeguato a garantire la continuità assistenziale dei pazienti presi in carico.

In caso di recesso o risoluzione dal presente contratto, qualora permangano in carico al Gestore pazienti con patto di cura valido e PAI attivo, e la risoluzione non sia legata al venire meno dei requisiti della qualità assistenziale, il Gestore ha l'obbligo di portare a conclusione le attività previste nel PAI nelle modalità di cui al presente contratto fino all'individuazione del nuovo Gestore da parte del paziente con il supporto dell'ATS.

L'ATS ha diritto di recedere unilateralmente dal contratto, in tutto o in parte, in qualsiasi momento, con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni, nei casi di:

- giusta causa;
- mutamenti di carattere normativo a livello regionale in materia di competenza e modalità di erogazione del servizio oggetto del presente contratto da parte delle Agenzie di Tutela della Salute;
- reiterati inadempimenti del Gestore.

ART. 11 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il venir meno dei requisiti di idoneità o il riscontro, da parte dell'ATS di, di grave inadempienza degli obblighi di erogazione, comporteranno la decadenza dall'iscrizione dall'elenco dei gestori idonei con effetto dalla notifica del relativo provvedimento, come già previsto dalla DGR n. X/6551/2017 (allegato n. 2) e dall'Avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei per il ruolo di Gestore (Decreto DG ATS n. del).

In tale evenienza, il contratto si intenderà risolto di diritto, fermo restando che il soggetto Gestore sarà tenuto a risarcire tutti i danni che ne dovessero derivare.

ART. 12 – DIVIETO DI CESSIONE DEL CONTRATTO

E' vietato al soggetto Gestore, a pena di nullità, cedere sotto qualsiasi titolo, in tutto o in parte, il presente contratto, sotto pena di immediata risoluzione dello stesso nonché del risarcimento dei danni conseguenti.

ART. 13 – CLAUSOLA DI LEGALITA'/INTEGRITA'

Il Gestore dichiara di aver preso visione e di conoscere il contenuto del DPR 16 aprile 2013, n. 62, recante disposizioni in materia di codice di comportamento dei dipendenti pubblici e dei codici di comportamento aziendali, consultabili sul sito www.ats-xxxxxx e di impegnarsi ad adottare, nello svolgimento del rapporto contrattuale, comportamenti conformi alle previsioni in essi contenute.

Dichiara altresì di conoscere il contenuto del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dell'ATS xxxxxx presenti sul sito istituzionale www.ats-xxxxxx.

La violazione del Codice di Comportamento da parte della Struttura comporterà, previa diffida, la risoluzione di diritto del rapporto contrattuale nonché il diritto, per ATS xxxxx, al risarcimento del danno per la lesione della sua immagine ed onorabilità.

Il Gestore è tenuto all'osservanza delle disposizioni del D. Lgs n. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni. Lo stesso dovrà ottemperare alle norme relative alla prevenzione degli infortuni dotando il proprio personale di indumenti appositi e di mezzi

di protezione atti a garantire la massima sicurezza in relazione al servizio svolto e dovrà adottare tutti i procedimenti e le cautele atti a garantire l'incolumità delle persone addette e dei terzi.

Il Gestore si obbliga comunque a provvedere, a cura e carico proprio e sotto la propria responsabilità, a tutte le spese occorrenti, secondo i più moderni accorgimenti della tecnica, per garantire, in conformità al D. Lgs. n. 81/2008 e successive modifiche e integrazioni, la completa sicurezza durante l'esercizio dei lavori e l'incolumità delle persone addette alle forniture stesse e per evitare incidenti e/o danni di qualsiasi natura, a persone o cose, esonerando l'ATS da ogni e qualsiasi responsabilità.

ART.14 – STIPULA DEL CONTRATTO

Il presente contratto viene sottoscritto con firma olografa, o digitale o elettronica a norma di legge da entrambe le Parti.

Il Gestore si impegna, per la stipula del presente contratto, all'assolvimento in modo virtuale dell'imposta di bollo, del valore e secondo le modalità di cui alla normativa nazionale di riferimento.

Il Gestore si assumerà, altresì, tutte le spese relative alla stipulazione ed alla registrazione della presente scrittura privata, che potrà essere registrata in caso d'uso dalla parte richiedente.

ART. 15 – CONTROVERSIE

In caso di controversie relative all'incarico di Gestore, le Parti prima di adire la competente Autorità giudiziaria, dovranno tentare una conciliazione bonaria, prima locale e successivamente, in caso di esito negativo, al livello regionale (Tavolo Direzione Generale Welfare).

ART. 16 - DISPOSIZIONI INTEGRATIVE E FINALI

Per tutto quanto non indicato nel presente contratto si fa rinvio alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

La sottoscrizione del presente contratto non può essere condizionata.

....., lì

il Direttore Generale Agenzia di Tutela della Salute
.....

il Legale rappresentante Ente Gestore o MMG/PLS in forma aggregata
.....

ART. 17 - APPROVAZIONE SPECIFICA

A norma degli artt. 1341-1342 c.c. le Parti dichiarano espressamente di aver letto e di approvare integralmente le clausole contenute nel presente contratto e nei documenti ed atti ivi richiamati, con particolare riferimento ai seguenti articoli: 9 (sospensioni, inadempienze e penalità), 10 (recesso), 11 (risoluzione del contratto).

....., lì

il Direttore Generale Agenzia di Tutela della Salute
.....

il Legale rappresentante Ente Gestore o MMG/PLS in forma aggregata
.....