

SCHEMA CONTRATTO/ACCORDO PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE PER CONTO ED A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

L'anno 2018 il giorno 8 del mese di Marzo in Cosenza

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con sede legale in Cosenza, Viale degli Allimena, n. 8, in persona del Direttore Generale e Legale Rappresentante pro-tempore, **Dott. Raffaele Mauro C.F. MRARFL54P26D086L P.I. 02853720783** (di seguito per brevità "ASP"), da una parte

E

La Casa di Cura **VILLA DEL SOLE**, erogatore di prestazioni di assistenza sanitaria in persona del legale rappresentante p.t. Dott. Bruno Fucilla C.F. **FCLBRN60E08D086H**, P.I. **00963660782** con sede legale in Cosenza, Via E. Galli, Rione San Vito (Cosenza), (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte,

Premesso che:

- con D.G.R. n. 845 del 16 dicembre 2009, ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima Regione con deliberare n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009, è stato approvato il programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per il triennio 2010-2012 (c.d. Piano di Rientro);
- con D.G.R. n. 908 del 23.12.2009, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010, è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria, per il Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1, co. 180, della L. 30.12.2004, sottoscritto in data 17 dicembre 2009;
- con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 è stato nominato l'ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- con la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 è stato nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- Con DCA n° 119 del 04/11/2016 sono stati approvati i Programmi Operativi 2016-2018, predisposti ai sensi dell'art. 2 comma 88, legge 23 Dicembre 2009 n° 191;
- in coerenza con gli obiettivi posti dal Programma Operativo, la Regione Calabria intende porre su basi di maggiore e compiuta certezza i rapporti tra le Aziende Sanitarie Provinciali e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie e socio sanitarie e riformulare un modello contrattuale uniforme per la disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, che tenga conto dell'evoluzione normativa nazionale ed europea, orientata ad assicurare che le strutture siano in possesso, oltre i requisiti ulteriori per l'accredimento, anche di requisiti minimi di affidabilità e onorabilità in ordine ad una corretta gestione del rapporto con la Regione, anche al fine di elevare standard di qualità e trasparenza;
- i predetti obiettivi possono essere perseguiti, tra l'altro, attraverso l'acquisizione da parte della ASP competente della documentazione elencata all'articolo 2) del presente accordo;
- che le tariffe regionali applicate sono quelle ratione temporis vigenti;

- che la definizione del budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR, nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento.

VISTI:

- il comma 2 dell'art. 8-quater del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., ai sensi del quale la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo alcuno per le Aziende Sanitarie di corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 quinquies, comma 2 D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 quinquies, comma 2-quater D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 quinquies, comma 2-quater D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- l'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. che prevede espressamente: "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accredimento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso";
- la L.R. 24 del 18 luglio 2008 e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale n. 13 dell'01/09/2009 e s.m.i.;
- il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n.82/CSR);
- la legge 23 dicembre 2014, n. 190 che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015, di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR);
- il DCA 87/2018.

Tutto ciò premesso e considerato, parte integrante e sostanziale del presente accordo, le Parti convengono quanto segue:

Articolo 1

Identificazione della struttura e dichiarazioni

1. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accredimento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento DPGR 120 del 11/07/12 integrato da DPGR 81 del 17/06/2013 e 80 del 17/06/2013 per la struttura **VILLA DEL SOLE**, Sita in Cosenza in Via E. Galli Rione San Vito, cod. struttura **180019**, cod. NSIS **180019** (di seguito denominata "Struttura").
2. La struttura eroga, in regime di accredimento istituzionale le seguenti prestazioni di (barrare la/casella/e corrispondente/i):
 - assistenza ospedaliera per n. p.l. 66 (p.l. totali) e p.l. 8 (day Hospital) per le seguenti discipline:

CHIRURGIA GENERALE

p.l. ordinari 40 p.l. Dh/Ds 4;
p.l. ordinari 26 p.l. Dh/Ds 4;

assistenza specialistica ambulatoriale e di laboratorio (compresi APA e PAC) per le seguenti branche;

//
//

assistenza riabilitativa psichiatrica per:
n. p.l. // residenziali;

n. trattamenti // semiresidenziali;

assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Anziani per n. p.l. //

assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Disabili per n. p.l. //

assistenza sanitaria residenziale in RSA Medicalizzata per n. p.l. //

assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Anziani per n. p.l. //

assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Disabili per n. p.l. //;

assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso per:

h

n. p.l. // residenziali;
 n. trattamenti // semiresidenziali;
 assistenza riabilitativa estensiva extra-ospedaliera per:
 n. p.l. // residenziali;
 n. trattamenti // semiresidenziali;
 n. p.l. // residenziali;
 n. trattamenti // semiresidenziali;
 n. p.l. // residenziali;
 n. trattamenti // semiresidenziali;
 n. trattamenti // ambulatoriale singolo;
 n. trattamenti // ambulatoriale di gruppo;
 n. trattamenti // domiciliari;



3. L'Erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le quali è stato accreditato per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), nei limiti delle risorse assegnate, e delle direttive del Dipartimento Tutela della Salute e dell'ASP. Al tal fine, ferma restando l'acquisizione della documentazione di cui al successivo articolo 2), l'Erogatore dichiara:
 - a. di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta e che nessun procedimento relativo è stato avviato nei suoi confronti;
 - b. di aver/non aver presentato domanda di concordato preventivo;
 - c. che non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'articolo 67 del D.Lgs. 159/2011 (codice antimafia) in capo al/ai soggetto/i che ha/hanno la rappresentanza legale della struttura;
 - d. di possedere alla data odierna tutti i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi necessari per l'esercizio, presso la propria struttura, delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, impegnandosi a garantire la permanenza di detti requisiti per tutta la durata del presente Contratto, sono fatti salvi caso furto e forza maggiore.

Articolo 2

Documentazione e adempimenti

1. L'ASP è tenuta ad acquisire, per tramite della struttura, ovvero direttamente, in considerazione di quanto previsto dall'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012)", la seguente documentazione:
 - a. certificazione di iscrizione in CIAA per i soggetti iscritti al Registro delle imprese; per i soggetti non iscritti al Registro delle imprese (Fondazioni ed Enti no profit) l'iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo (R.E.A.);
 - b. per i soggetti non iscritti al Registro delle imprese (Fondazioni ed Enti no profit) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previsti dall'art. 67 della normativa antimafia del legale rappresentante, dei componenti del Consiglio di Amministrazione e dei soggetti con poteri di gestione;
 - c. per i soggetti iscritti al registro delle imprese:
 - c.1. i cui contratti non superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D. Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art. 1 lettera e), la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'insussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, da parte di tutti i soggetti di cui all'art. 85, comma 1) e 2);
 - c.2. i cui contratti superino il valore indicato all'art. 83, lettera e) del D.Lgs. n. 159/2011 (attualmente pari a € 150.000,00), oltre a quanto dichiarato dal legale rappresentante all'art.1 lettera c), deve essere acquisita la documentazione antimafia, ai sensi degli articoli 84 e 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n.159 (come da ultimo modificato dal D.Lgs. 15 novembre 2012, n.218); a tale proposito i soggetti di cui ai commi 1) e 2), dell'art. 85 del citato codice antimafia rilasciano dichiarazione sostitutiva sottoscritta con le modalità di cui all'articolo 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, relativa ai dati dei propri familiari conviventi;

4

- d. dichiarazione rilasciata dal legale rappresentante della struttura, attestante l'ottemperanza agli obblighi informativi in materia di diritto al lavoro dei disabili secondo le modalità di cui all'art. 9 L. 12 marzo 1999, n. 68, come modificato dall'art. 40 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133;
- e. dichiarazione sostitutiva, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, e s.m.i., del certificato generale del casellario giudiziario dei soggetti che hanno la rappresentanza legale della struttura per le finalità precisate al successivo articolo 12).
- f. dichiarazione attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. n. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati;
- f.1. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a € 200.000,000 annuo, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'avvenuta adozione del modello organizzativo di cui al D.Lgs. 231/2001 in materia di prevenzione dei reati, ovvero l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 dicembre 2018;
- f.2. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a Euro 200.000,00 per effetto di aggregazioni successive al 31 marzo 2018, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'adozione di un codice etico sulla base del modello proposto dalla Regione e impegno all'adozione dello stesso entro il 31 dicembre 2018;
- f.3. per i contratti il cui valore è inferiore a € 200.000 annuo, dichiarazione del legale rappresentante della struttura attestante l'adesione al codice etico adottato sulla base del modello proposto dalla Regione;
- g. autocertificazione, da parte di ciascun socio persona fisica che, in ultima istanza, possiede le quote o le azioni, dell'insussistenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 4, comma 7 L. 412/1991;
- h. dichiarazione circa l'osservanza della normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro, circa l'avvenuta valutazione dei rischi nell'ambiente di lavoro e, in ogni caso, dell'adempimento a tutte le prescrizioni di cui al Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

2. L'erogatore è tenuto a trasmettere tutte le dichiarazioni sopra richieste e i dati anagrafici di tutti i soggetti per i quali deve essere acquisita la documentazione antimafia entro il 15 settembre 2018.
3. Su richiesta dell'ASP o del Dipartimento Tutela della Salute, l'Erogatore fornirà all'ASP ogni ulteriore eventuale documento che non sia già in possesso della amministrazione richiedente, comprovante il possesso dei requisiti predetti ed il loro mantenimento per tutta la durata del presente Contratto.
4. Ciascuna ASP è tenuta a verificare la documentazione nei termine di 30 giorni dalla data di ricezione e, comunque, entro e non oltre il 30 ottobre.
5. In caso di mancata produzione della documentazione ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, l'ASP diffida la struttura adempiere entro e non oltre 15 giorni; in caso di inottemperanza si applica quanto previsto al successivo articolo 12, comma 5.

Articolo 3

Oggetto del Contratto

1. Fino a concorrenza dell'importo massimo stabilito al successivo articolo 4, l'ASP affida all'Erogatore lo svolgimento delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie meglio indicate al superiore articolo 1, a favore degli aventi diritto che, esercitando libera scelta, operanno di accedere per il tramite della Struttura dell'Erogatore alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale.

2. L'Erogatore si obbliga a svolgere le prestazioni sanitarie e socio sanitarie per tutta la durata del presente Contratto, alle condizioni, nei termini e secondo le modalità in esso stabilite.

3. L'ASP territorialmente competente s'impegna, in base alla vigente normativa, a remunerare la struttura nei limiti di seguito indicati.

Articolo 4

Valorizzazione di prestazioni erogabili e corrispettivo massimo annuale

1. Per le strutture che erogano prestazioni di **assistenza ospedaliera**: il budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. 87 del 24/04/2018 per l'anno 2018 è di € **4.906.845,59** comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori Regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

1.1. Le strutture che erogano prestazioni per acuti nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica dell'integrazione pubblico-privato e della solidarietà di sistema, sono tenute a mettere a disposizione i posti letto richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA, previo preavviso di almeno 24 ore, segnalato dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria. L'attività di cui sopra non potrà comunque superare di norma il limite massimo del 15% dell'attività di ricovero consentita alla struttura stessa ed è ricompresa nei limiti del budget assegnato. Tali richieste vanno comunicate anche alla Regione Calabria, Direzione del Dipartimento Tutela della Salute. Il trasferimento da PS/DEA verso la struttura deve essere effettuato garantendo la sicurezza del paziente e la sua trasferibilità.

1.2. volume delle prestazioni erogabili nei limiti del tetto di spesa preventivo, distinte per tipologia e per tipo di ricovero (degenza ordinaria e degenza a ciclo diurno), per discipline e per classe di DRG devono obbligatoriamente essere riportate nell'allegato A) al presente atto. L'erogatore, con la firma del presente atto, s'impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di prestazioni. Eventuali deroghe motivate dovranno essere espressamente autorizzate dall'ASP territorialmente competente, previo parere vincolante del Dipartimento Tutela della Salute.

1.3. Entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente atto, i Direttori Generali/Commissari delle ASP devono garantire il confronto tra gli erogatori privati accreditati e le Direzioni sanitarie dei singoli Presidi Ospedalieri, afferenti il territorio di rispettiva competenza, al fine di concordare forme di collaborazione finalizzate a decongestionare le U.O.O. di degenza per acuti delle strutture pubbliche, favorendo il trasferimento dei pazienti che necessitano di trattamenti in post-acute, fruibili presso le strutture accreditate, fermo restando il limite complessivo di budget assegnato.

2. Per le erogazione delle prestazioni di APA e PAC: il budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale // è di € // prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle partecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa.

3. Per le strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale: il budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. // del // per l'anno 2018 è di € // comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle partecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa;

3.1. L'Erogatore s'impegna a mettere settimanalmente a disposizione del sistema CUP regionale, non appena avviato, almeno il 40% delle proprie agende sul totale delle prestazioni erogabili, in conformità con quanto disposto dal DPGR-CA n.141 del 16/10/2013 recante il "Adempimenti urgenti per l'attuazione del Piano di Governo delle liste d'attesa e i relativi monitoraggi".

4. Per le prestazioni di cui ai commi 2 e 3 del presente articolo, occorre far riferimento a quanto di seguito riportato:

4.1. Il volume delle prestazioni erogabili, distinte per tipologia di prestazione e branca specialistica, nei limiti del tetto di spesa preventivato (a fronte del volume e delle tipologie di prestazioni concordate) viene obbligatoriamente riportato nell'allegato B) al presente atto. L'erogatore, con la firma del presente atto, si impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di prestazioni.

4.2. Eventuali deroghe motivate dovranno essere espressamente autorizzate dall'ASP territorialmente competente, previo parere vincolante del Dipartimento Tutela della Salute.

4.3. la Struttura documenta l'attività sanitaria erogata a mezzo del flusso informativo FILE C, che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici, in conformità alle disposizioni della vigente normativa. Il FILE C deve essere la riproduzione fedele delle prestazioni prescritte sul ricettario SSN dal medico prescrittore le quali non possono essere in nessun caso modificate e/o integrate.

4.4. l'Azienda effettuerà controlli informativi sul FILE C e controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste. I controlli dovranno, tra l'altro, riguardare:
➤ il rispetto delle indicazioni previste sull'erogabilità delle prestazioni nei provvedimenti regionali di applicazione del L.E.A.;
➤ il rispetto delle condizioni di prescrivibilità in rapporto alla diagnosi;
➤ le modalità di erogazione delle prestazioni.

4.5. per consentire il necessario monitoraggio dell'andamento della spesa nonché l'appropriatezza delle prestazioni erogate, l'Erogatore si obbliga a trasmettere all'ASP e alla Regione i dati di attività con le modalità e nei termini previsti dalle specifiche disposizioni regionali in merito ed ai fini della trasmissione al Ministero dell'Economia e delle Finanze dei dati di cui all'art. 50, co. 6 e 7 del D.L. 30.9.2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla L. n.326/03.

5. Per le strutture che erogano prestazioni di RSA Anziani/RSA Disabili/CP Anziani/CP Disabili (distinguere le diverse tipologie): il budget complessivo, assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. // del // per l'anno 2018 è di //

- 5.1. RSA Anziani: pi acquistati n.// x retta giornaliera €// a carico Fondo Sociale = €// -// % a carico Fondo Sociale = €// x n.// gg. = €// -//
- 5.2. RSA Disabili: pi acquistati n.// x retta giornaliera €// a carico Fondo Sociale = €// -// % a carico Fondo Sociale = €// x n.// gg. = €// -//
- 5.3. CP Anziani: pi acquistati n.// x retta giornaliera €// a carico Fondo Sociale = €// -//
- 5.4. CP Disabili: pi acquistati n.// x retta giornaliera €// x n.// gg. = €// -// % a carico Fondo Sociale = €//
- 5.5. Durante eventuali ricoveri degli ospiti in Ospedale, le strutture devono mantenere per almeno 10 giorni, il posto letto riservato, e tale garanzia per il paziente viene remunerata con il 10% della retta a carico del SSR.

6. Per le strutture che erogano prestazioni di riabilitazione estensiva extra-ospedaliera: il budget complessivo, assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. // del // per l'anno 2018 è di € // come di seguito calcolato:

- Ciclo continuativo
 - Ciclo diurno
 - % a carico Fondo Sociale = € // a carico Fondo Sanitario Regionale;
 - Ambulatoriale individuale
 - Ambulatoriale piccolo gruppo
 - Domiciliare
- 6.1. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;
- | | | | | |
|--------------|------|---------------|--------|-----------|
| pi acquisiti | n.// | x tariffa €// | x n.// | gg = €//; |
| trattamenti | n.// | x tariffa €// | x n.// | gg = €//; |
| trattamenti | n.// | x tariffa €// | x n.// | gg = €//; |
| trattamenti | n.// | x tariffa €// | x n.// | gg = €//; |
| trattamenti | n.// | x tariffa €// | x n.// | gg = €//; |
| trattamenti | n.// | x tariffa €// | x n.// | gg = €//; |

7. Per le strutture che erogano **prestazioni psichiatriche**: il budget all'Erogatore dal decreto commissariale n. // del // per l'anno 2018 è di € //

- pi residenziali acquisiti
- n. p.l. // semiresidenziali

7.1. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

8. Per le strutture che erogano prestazioni di **assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso** il budget all'Erogatore dal decreto commissariale n. // del // per l'anno 2018 è di € //

- pi residenziali acquisiti
- n. p.l. // semiresidenziali

8.1. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

9. Tenuto conto di quanto chiarito sopra, l'Erogatore ha preso atto e con il presente Contratto dichiara espressamente di accettare, per l'erogazione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale, completamente ed incondizionatamente, quale tetto massimo annuo 2018 (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di **Euro 4.906.845,59**.

10. In caso di mancata sottoscrizione del presente accordo sarà avviata nei confronti dell'erogatore, la procedura di sospensione dell'accredитamento ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, quinquies, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

11. Le prestazioni erogate nell'anno 2018, in regime di prorogatio ai sensi dell'art. 9 del contratto stipulato nell'anno 2017, nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto, sono ricomprese nel Tetto massimo annuo, per come determinato al punto precedente, che costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore per l'anno 2018.

12. Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto il corso dell'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.R..

13. Le Parti, infatti, convengono espressamente che oltre il tetto massimo (budget) stabilito dal presente contratto/accordo non sono riconosciuti oneri a carico del S.S.R. e, ai fini del rispetto dei tetti di spesa sopra indicati, corrispondenti ai volumi di prestazioni massimi remunerati, si applica il disposto di cui all'art. 8-quinquies, comma 2 lettera e-bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. richiamato nelle premesse.

14. Al fine del riconoscimento della remunerazione effettiva a consuntivo, oltre che del monitoraggio di cui all'art. 6), l'Erogatore è tenuto al rispetto delle procedure di validazione, verifica e controllo esterno di cui alla vigente normativa. All'erogatore viene riconosciuta la produzione, nei limiti del budget, da verificare a consuntivo sulla base delle attività effettivamente svolte, e di quella appropriata accertata in contraddittorio con l'ASP.

Articolo 5

Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie

1. Le Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie dovranno essere erogate nella piena osservanza delle disposizioni normative e regolamentari, nazionali e regionali in materia di appropriatezza e qualità.

2. L'Erogatore dichiara e garantisce, inoltre, l'adeguatezza e il perfetto stato d'uso delle apparecchiature, fatti salvi caso fortuito e forza maggiore, e si impegna a tenere a disposizione dell'ASP e della Regione Calabria, per consentire i relativi controlli, i contratti di manutenzione e/o la documentazione delle attività di manutenzione effettuata.

3. L'erogazione della prestazione sanitaria, ammessa alla remunerazione a carico del S.S.R. è subordinata alla richiesta compilata su Ricettario del SSN a cura del medico prescrittore, in conformità a quanto previsto dal 17 novembre 1988 n. 350, dal DM 17 marzo 2008 e Decreto 2 novembre 2011 e dalle disposizioni regionali in materia, ovvero attraverso lettera o verbale di emergenza del sanitario della struttura accettata sul quale dovranno essere specificate le seguenti indicazioni:

- a. Dati anagrafici del paziente;
- b. Tipo di trattamento richiesto.

3.bis. Ai fini dell'appropriatezza e della corretta remunerazione, deve essere previsto, da parte delle UVM competenti per territorio, il controllo della coerenza tra le condizioni cliniche dei pazienti e il ricovero nelle diverse tipologie di strutture private eroganti prestazioni sanitarie e socio sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare, secondo le modalità previste dai provvedimenti regionali in materia.

4. Le prestazioni sanitarie e socio sanitarie sono erogate dalla struttura secondo le modalità e con le caratteristiche previste dai provvedimenti nazionali e regionali in materia ed, in ogni caso, nel rispetto dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento, di qualità e appropriatezza imposti dalla buona e diligente pratica professionale, secondo l'assetto organizzativo e funzionale di cui ai provvedimenti autorizzativi e di accreditamento che la struttura si impegna a rispettare per tutta la vigenza del presente contratto.

5. L'Erogatore s'impegna a svolgere le prestazioni sanitarie e socio sanitarie nel pieno rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. obbligandosi di osservare le misure minime di sicurezza e, segnatamente per il trattamento dei dati con strumenti elettronici, a predisporre quanto richiesto dall'art.34 del richiamato Codice:

- a. l'autenticazione informatica;
- b. l'adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- c. l'utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
- d. l'aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici provvedendo anche alla formazione degli stessi al fine di garantire l'effettiva protezione dei dati, nonché l'efficacia delle misure minime adottate;
- e. la protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;

- f. l'adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;
 - g. l'adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati ido- nei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.
6. Si impegna, in ogni caso, al rispetto di quanto previsto al titolo V, del D. Lgs. n. 196/2003, rubricato: "Trattamento di dati personali in ambito sanitario".
7. Le prestazioni sanitarie e socio sanitarie dovranno essere erogate da personale operante presso la struttura che sia munito dei titoli professionali previsti dalla normativa e che non versi in situazione di incompatibilità secondo la normativa vigente in materia.

Articolo 6

Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore

1. Al fine di verificare che le prestazioni siano rese conformemente alle applicabili prescrizioni di legge e nel rispetto del Contratto, l'ASP e la Regione Calabria potranno in qualunque momento dare corso a ogni forma di verifica e controllo delle prestazioni erogate, con modalità che non siano d'ostacolo all'ordinario svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie dell'Erogatore e con preavviso di almeno 24 ore.

2. Le verifiche si svolgeranno alla presenza del legale rappresentante dell'Erogatore il quale, in caso d'impedimento, dovrà delegare la relativa funzione. A tal fine, l'Erogatore s'impegna a:
- a. predisporre condizioni organizzative tali da consentire l'acquisizione da parte dell'ASP e della Regione, anche attraverso gli strumenti informatici, di ogni dato ritenuto utile a legittimamente verificare il corretto adempimento;
 - b. conservare la documentazione relativa alle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie rese, in funzione della sua successiva consegna all'ASP e alla Regione.
3. In ogni caso, l'Erogatore s'impegna a consentire lo svolgimento dei controlli esterni come disciplinati dalle norme tempo per tempo vigenti.

4. La struttura s'impegna a conservare, in ogni caso, anche mediante archivio informatico, tutta la documentazione amministrativa relativa alle prestazioni rese in favore degli utenti del servizio sanitario, per il periodo non inferiore a quello previsto dalle vigenti disposizioni e dagli atti di prassi nazionali e regionali. E' fatto salvo il periodo di conservazione prescritto per la documentazione sanitaria (circolare del Ministero della sanità n. 61 del 19 dicembre 1986 e s.m.i.).
5. La struttura s'impegna a fornire tutta la documentazione richiesta dall'ASP ovvero dalla Regione onde consentire lo svolgimento di controlli, verifiche, ovvero per adempiere ad attività statistiche e/o di analisi di flussi regionali e nazionali, nonché consentire il monitoraggio continuo delle prestazioni e del numero di pazienti trattati.

6. Di ciascun accesso preordinato all'acquisizione della documentazione, ovvero allo svolgimento dei controlli e delle verifiche, potrà essere redatto verbale di cui copia spetterà alla struttura.
7. La documentazione dovrà essere fornita, dalla struttura, entro il termine di 15 giorni dalla richiesta.
8. L'Erogatore si impegna a rispettare, nei tempi e nei modi previsti, gli obblighi informativi stabiliti dalle normative nazionali, ministeriali (N.S.I.S) e regionali. L'omissione dei suddetti obblighi informativi, se protratta per due mesi consecutivi o mantenuta nell'arco di complessivi 90 giorni dell'anno di riferimento, costituisce inadempimento grave e causa di risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art. 12.

Articolo 7 Tariffe e Corrispettivi

1. Per ciascuna Prestazione Sanitaria e Socio Sanitaria resa nel rispetto della normativa applicabile e del presente Contratto, l'ASP sarà obbligata a corrispondere all'Erogatore, entro i limiti del budget annuale assegnato, un importo calcolato facendo applicazione alle tariffe ratione temporis vigenti. Il tetto di spesa per pazienti regionali ed extraregionali è inteso al lordo della compartecipazione alla spesa dei cittadini per le prestazioni di APA e PAC e di specialistica ambulatoriale.

2. Il corrispettivo così stabilito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie.

3. Al presente accordo si applica, comunque, quanto disposto dall'art. 8 quinquies, comma 2, lett. e-bis) del D.Lgs. 502/1992, a mente del quale "le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlate ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato".

4. Resta espressamente convenuto che il pagamento dei corrispettivi per le Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie sarà sospeso in caso di tardiva trasmissione dei dati di cui al precedente articolo 6), e sino all'intervenuta trasmissione dei dati medesimi.

Articolo 8

Bilanci, modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi

1. L'Istruttoria amministrativo-contabile verrà eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali ed è condizionata alla presentazione della fattura e degli allegati che diano conto delle prestazioni e-rogate. L'Erogatore s'impegna a fatturare secondo il formato di fatturazione elettronica, in adempimento a quanto previsto dal D.Lgs. 24/04/2014 n. 66.

2. La successiva validazione delle fatture, la liquidazione, la certificazione e il pagamento dovranno avvenire in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, nel rispetto, in ogni caso delle modalità e dei tempi di volta in volta in uso presso la Regione.

3. La procedura di liquidazione avrà a oggetto anche la verifica della posizione di ciascuna impresa in relazione a quanto disposto dall'articolo 48-bis del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 602, come attuato dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 e da ultimo interpretato dalla Circolare MEF n. 29 dell'8 ottobre 2009 ("Art. 48-bis") nonché la verifica della regolarità contributiva prevista dal Decreto del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale del 24 ottobre del 2007 ("D.M. 24 ottobre 2007") e ss. mm. e ii.

4. Ai sensi dell'art. 1, comma 5, lett. b) del DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", l'Erogatore è tenuto annualmente a trasmettere alla Regione Calabria, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici e depositato in CCIAA.

Articolo 9

Decorrenza e durata

1. Il presente contratto decorre dal 1° gennaio 2018 e avrà durata sino al 31 dicembre 2018.

2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni del sinallagma che regolamenterà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, andrà a svolgere la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2019, le condizioni oggi convenute con il presente contratto rimangono provvisoriamente confermate.

3. Il presente contratto è redatto in quattro copie, una per la Struttura e tre per l'ASP, che ne curerà tempestivamente la notifica di due esemplari uno alla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e uno alla Struttura Commissariale.

Articolo 10

Cessione del Contratto

1. Il presente Contratto non potrà essere ceduto in tutto o in parte senza il consenso della Regione Calabria. La cessione costituisce grave inadempimento ai sensi dell'art. 12) e causa di risoluzione del contratto.

Articolo 11

Cessione dei crediti

1. Nel caso di cessione, a qualsiasi titolo, dei crediti dell'Erogatore derivanti dal presente Contratto, l'Erogatore medesimo dovrà notificare l'atto di cessione all'ASP competente (al domicilio indicato) a mezzo ufficiale giudiziario o, in alternativa a mezzo plico raccomandato con avviso di ricevimento. Entro il termine di 45 giorni dalla ricezione dell'atto, trasmesso con le modalità di cui sopra, l'ASP è tenuta a comunicare espressamente, al domicilio indicato nel presente accordo ovvero al fax o all'indirizzo di posta elettronica certificata, l'adesione o il diniego alla cessione. Decorso tale termine, la cessione avrà, comunque, efficacia nei confronti dell'ASP, anche ai fini dei controlli dovuti ai sensi della normativa vigente. L'amministrazione può opporre al cessionario tutte le eccezioni opponibili al cedente in base al presente contratto.

2. L'ASP s'impegna a comunicare l'accettazione della cessione del credito.

3. Restano fermi e impregiudicati gli eventuali ulteriori adempimenti connessi all'accordo tra ASP e struttura, avente ad oggetto i crediti sanitari.

Articolo 12

Risoluzione per grave inadempimento

1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto s'intenderà risolto ipso iure, su dichiarazione della Regione Calabria, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:
 - a. falsità di alcuna delle dichiarazioni rese all'art. 1) lettere a), b) e c) del presente Contratto;
 - b. accertata sussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 2) lettera g);
 - c. violazione dell'art. 10 in materia di cessione del contratto;
 - d. diniego definitivo e/o revoca dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento definitivo;

2. Il presente Contratto s'intenderà, altresì, risolto, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate che siano di rilevanza tale da determinare un grave inadempimento dell'erogatore:

- a. esistenza di precedenti condanne definitive a carico del legale rappresentante per reati contro la pubblica amministrazione;
- b. accertata violazione delle norme in materia di protezione infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonei ad incidere gravemente sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie (art. 2, lettera h);
- c. ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 5);
- d. impedimento al controllo esercitato da ASP o Regione Calabria ai sensi dell'art. 6);
- e. inosservanza degli obblighi di trasmissione dei dati di cui all'art. 6);
- f. inosservanza di quanto previsto dall'art. 11) in materia di cessione del credito.

3. In caso di sospensione dell'autorizzazione e/o dell'accreditamento si determina l'automatica sospensione degli effetti del presente contratto, fermo restando l'obbligo di assistere i pazienti già in carico.

4. Qualora l'ASP ravvisi una delle condotte sopra indicate, ne fa contestazione scritta all'Erogatore, concedendo termine di 15 (quindici) giorni al medesimo per la produzione di documentazione e deduzioni scritte a eventuale confutazione. Trascorso tale termine, l'ASP invierà la propria contestazione e le eventuali deduzioni scritte dell'Erogatore, con la relativa documentazione, alla Regione. La Regione potrà quindi procedere alla risoluzione del contratto, ovvero, per i casi di cui al comma 2, anche tenuto conto delle giustificazioni oltre che della entità della violazione, diffidare l'Erogatore alla regolarizzazione, assegnando al medesimo un termine congruo per provvedere. In difetto di adempimento, la Regione dichiarerà risolto il contratto ai sensi dell'art. 1456 cc.

5. Fermo e impreviudicato quanto sopra, la mancata trasmissione della documentazione di cui al superiore art. 2) lettere b), e), d), e), g), h) nei termini ivi determinati, senza congrua giustificazione da parte delle Strutture interessate, comporterà l'adozione, da parte della ASP, di un atto formale di diffida ad adempiere entro 15 giorni. La mancata ottemperanza preclude la stipula del contratto ovvero, in vigenza di contratto, è idonea a determinare la sospensione automatica a decorrere dal primo giorno del mese successivo a quello di scadenza del quindicesimo giorno prescritto per l'adempimento. La sospensione non consente di porre a carico del SSR la produzione erogata dalla struttura; trascorsi sei mesi, nel caso di persistente inadempimento, la Regione procede alla risoluzione del contratto stesso per inadempimento di obblighi informativi.

6. Resta fermo, in ogni caso, il diritto dell'ASP e, conseguentemente, della Regione Calabria al risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento dell'Erogatore.

7. Fermo quanto sopra, in caso di sussistenza di cause di divieto, decadenza o sospensione previste dall'art. 67 della normativa antimafia, il contratto sarà risolto ipso iure su dichiarazione dell'ASP senza concessione di termini per dedurre.

8. Resta inteso che, in caso di risoluzione, la struttura s'impegna a non ricollocare pazienti (salvo che per esigenze indifferibili e su richiesta dell'ASP territorialmente competente).

Articolo 13

Controversie

1. Tutte le controversie relative o derivanti dal presente Contratto, saranno rimesse alla competenza del Foro nella cui giurisdizione ha sede l'ASP che sottoscrive il presente Contratto, con esclusione di ogni Foro concorrente.

Articolo 14

Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto.

1.bis. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili.

2. Resta inteso che l'Erogatore si impegna ad adeguarsi a eventuali ulteriori requisiti che fossero richiesti per effetto di normativa nazionale e/o regionale intervenuta successivamente alla stipula del presente contratto, come pure ad adeguarsi a prescrizioni dettate da norme imperative.

3. Ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., in caso di mancata stipula degli accordi, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater della struttura è sospeso.

Articolo 15 Registrazione

1. Il presente contratto è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del T.U. imposta di registro di cui al D.P.R. n. 131/1986.

Articolo 16 Elezioni di domicilio

1. Le parti eleggono domicilio a ogni effetto di legge e, segnatamente, per l'esecuzione del presente contratto/accordo presso i rispettivi indirizzi in epigrafe emarginati.

2. L'ente/ la società elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata: villadelsole@pec.it

3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC : protocollo@pec.asp.cosenza.it



5

L'Erogatore

CASA DI CURA VILLA DEL SOLE s.r.l.
Rione S. Vito - COSENZA
IL PRESIDENTE
Dot. Bruno Fucilla

L'Azienda Sanitaria Locale

Ch. Morici Morici

Cosenza li 8/5/2018

Letto, confermato e sottoscritto in tre originali: uno per ciascuno dei sottoscrittori, il terzo da consegnare alla Regione.

CLAUSOLE VESSATORIE: Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del c.c., l'Erogatore dichiara di aver preso visione ed accettare espressamente le clausole di cui agli articoli 2) Documentazione e adempimenti; 4) Volume di prestazioni erogabili e corrispettivi massimi; 5) Requisiti e modalità di erogazione delle Prestazioni Sanitarie; 6) Controlli e obblighi informativi dell'Erogatore, 7) Tariffe e Corrispettivi; 8) Modalità di fatturazione, liquidazione e termini per il pagamento dei corrispettivi; 10) Cessione del Contratto; 11) Cessione dei crediti; 12) Risoluzione per grave inadempimento; 14) Clausola di salvaguardia

L'Erogatore

CASA DI CURA VILLA DEL SOLE s.r.l.
Rione S. Vito - COSENZA
IL PRESIDENTE
Dot. Bruno Fucilla

L'Azienda Sanitaria Locale

Ch. Morici Morici

Cosenza li 8/5/2018

Casa di Cura VILLA DEL SOLE

Livello di spesa massimo raggiungibile per l'anno 2018

Ricoveri in ACUTI

€ 3.659.414,49

Ricoveri in POST ACUTI

€ 1.247.431,10

VILLA DEL SOLE

Totale

€ 4.906.845,59

I livelli di spesa sopra descritti sono meglio specificati nei seguenti piani d'acquisto che sono parte integrante e sostanziale del presente allegato:

Legale Rappresentante
VILLA DI CURA VILLA DEL SOLE s.r.l.
Rione S. Vito | COSENZA
IL PRESIDENTE
Dott. Bruno RUCIALAI

Il Direttore Generale
ASP Cosenza

Cosenza Il, 8-5-2018

DRG	mdc	DESCRIZIONE	n. casi ord	singolo DRG	importo totale ord	casi dh	importo dh	importo totale dh	pesi	alt a spe c	casi totale	IMPORTO TOTALE
149	C 005	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	15	€ 7.113,00	€ 106.695,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,90	X	15	€ 106.695,00
151	C 006	LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	13	€ 4.378,00	€ 56.914,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,52		13	€ 56.914,00
167	C 006	APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA	8	€ 2.560,00	€ 20.480,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,81		8	€ 20.480,00
196	C 007	COLECISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMPLETA	10	€ 8.007,00	€ 80.070,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,19		10	€ 80.070,00
198	C 007	COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE	10	€ 5.293,00	€ 52.930,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,55		10	€ 52.930,00
258	C 009	MASTECT tot per NEOPL MAL senza CC	61	€ 3.341,00	€ 203.801,00	0	€ 1.771,00	€ 0,00	1,2		61	€ 203.801,00
260	C 009	MASTECT subtot per NEOPL MAL senza CC	60	€ 2.354,00	€ 141.240,00	0	€ 1.362,00	€ 0,00	0,9		60	€ 141.240,00
261	C 009	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI E BENIGNI	16	€ 3.709,00	€ 59.344,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,11		16	€ 59.344,00
289	C 010	INTERVENTI SULLE PARATIROIDI	10	€ 2.926,00	€ 29.260,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,87		10	€ 29.260,00
290	C 010	INTERVENTI SULLA TIROIDE	260	€ 3.340,00	€ 868.400,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,99		260	€ 868.400,00
303	C 011	INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA	16	€ 7.386,00	€ 118.176,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,96	X	16	€ 118.176,00
305	C 011	INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA SENZA CC	30	€ 4.953,00	€ 148.590,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,52		30	€ 148.590,00
307	C 011	PROSTATECTOMIA SENZA CC	35	€ 3.105,00	€ 108.675,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,01		35	€ 108.675,00
309	C 011	INTERVENTI MINORI SULLA VESICIA SENZA CC	18	€ 3.397,00	€ 61.146,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,04		18	€ 61.146,00
311	C 011	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	55	€ 2.350,00	€ 129.250,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,72		55	€ 129.250,00
313	C 011	INTERVENTI SULL'URETRA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	24	€ 3.059,00	€ 73.416,00	20	€ 1.534,00	€ 30.680,00	1,03		44	€ 104.096,00
337	C 012	PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	61	€ 2.652,00	€ 161.772,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,86		61	€ 161.772,00
338	C 012	INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	0	€ 2.669,00	€ 0,00	19	€ 1.531,00	€ 29.089,00	0,91		19	€ 29.089,00
339	C 012	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ > 17 ANNI	10	€ 1.062,00	€ 10.620,00	55	€ 1.193,00	€ 65.615,00	0,67		65	€ 76.235,00
340	C 012	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ < 17 ANNI	0	€ 1.199,00	€ 0,00	7	€ 1.118,00	€ 7.826,00	0,59		7	€ 7.826,00
342	C 012	CIRCONCISIONE, ETÀ > 17 ANNI	0	€ 864,00	€ 0,00	45	€ 960,00	€ 43.200,00	0,55		45	€ 43.200,00
343	C 012	CIRCONCISIONE, ETÀ < 18 ANNI	0	€ 617,00	€ 0,00	9	€ 671,00	€ 6.039,00	0,29		9	€ 6.039,00
359	C 013	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI	10	€ 3.027,00	€ 30.270,00	10	€ 1.436,00	€ 14.360,00	0,97		20	€ 44.630,00
402	C 017	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA CON ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI	3	€ 3.944,00	€ 11.832,00	20	€ 1.534,00	€ 30.680,00	1,41		23	€ 42.512,00
408	C 017	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIALI	10	€ 4.384,00	€ 43.840,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,49		10	€ 43.840,00
494	C 007	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE	220	€ 2.834,00	€ 623.480,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,88		220	€ 623.480,00
568	C 006	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI	7	€ 12.418,00	€ 86.926,00	0	€ 0,00	€ 0,00	3,54		7	€ 86.926,00
569	C 006	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	5	€ 13.793,00	€ 68.965,00	0	€ 0,00	€ 0,00	3,38	X	5	€ 68.965,00
570	C 006	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA CC	12	€ 11.318,00	€ 135.816,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,74	X	12	€ 135.816,00
												€ 3.659.414,49

REPARTI	POSTI LETTO	DH
RIABILITAZIONE INTENSIVA COD 5612	26	4

BUDGET TOTALE COD. 56	€ 1.247.431,10
-----------------------	----------------

5

