

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

L'anno 2019 il giorno 28 del mese di Febbraio in CS SA

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza con sede legale in Cosenza, Viale degli Alimena, n. 8 , in persona del Commissario Ad Interim e Legale Rappresentante pro-tempere, **Dott.ssa Caterina De Filippo** C.F. **DFLCRN59S62C352Z** - P.I. **02853720783** (di seguito per brevità "ASP"), da una parte

E

La Casa di Cura **ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL**, P.I. **00185320785**, Società in esercizio provvisorio sentenza n. 14/2018 del 17/07/2018, Trib. di Paola erogatore di prestazioni di assistenza sanitaria in persona dei legali rappresentanti p.t. Avv. Di Martino Pasquale C.F. **DMRPQL82D03F839M** unitamente al Dr. Castellano Giuseppe C.F. **CSTGPP64A10F839B**, con sede legale a Belvedere Marittimo (87021 - CS) in Via Capo Tirone n° 12-20, (di seguito per brevità "Erogatore" o "Struttura"), dall'altra parte,
L'ASP e l'Erogatore sono di seguito congiuntamente denominati anche "parti" o, singolarmente, "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 delibere n. 585 del 1 O 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 7 Dicembre 2018 è stato nominato il Gen. Dott. Saverio Cotticelli quale Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria, 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 7 Dicembre 2018 è stato nominato il Dott. Thomas Schael 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- integrazioni e modifiche del DCA n° 63/16;
- 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'accreditamento, 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 dei 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, 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'accreditamento 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);

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'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento DPGR 119 del 11/07/2012 e 7 del 29/01/2013 per la struttura **ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL** sita a Belvedere Marittimo (CS) in Via Capo Tirone n° 14, con cod. struttura **180025** cod. NSIS **180025**, (di seguito denominata "Struttura").
2. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di (barrare la/e casella/e corrispondente/i)."

assistenza ospedaliera per n. p.l. 80 (p.l. totali) e p.l. 8 (day Hospital) per le seguenti discipline:

CARDIOLOGIA EMODINAMICA	p.l. ordinari 20	p.l. Dh/Ds 2;
CHIRURGIA GENERALE	p.l. ordinari 20	p.l. Dh/Ds 2;
CHIRURGIA VASCOLARE	p.l. ordinari 5	p.l. Dh/Ds 1;
MEDICINA GENERALE	p.l. ordinari 20	p.l. Dh/Ds 2;
OTORINOLARINGOIATRIA	p.l. ordinari 10	p.l. Dh/Ds 1;

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:
 - n. p.l. // residenziali;
 - n. trattamenti // semiresidenziali;
- assistenza riabilitativa estensiva extra-ospedaliera per:
 - 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 fortuito 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 CCIAA 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 (RE.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 previsti 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;
- 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 2019;
 - 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 2019;
 - 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, possieda 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 2019.
 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 nel 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. Sino 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, opteranno 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. 38 del 22/02/19 per l'anno 2019 è di € **13.260.947,34** 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 preventivato, 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 UU.OO. di degenza per acuti delle strutture pubbliche, favorendo il trasferimento dei pazienti che necessitano di trattamenti in post-acuzie, fruibili presso le strutture accreditate, fermo restando il limite complessivo di budget assegnato.
2. Per le l'erogazione delle prestazioni di APA e PAC: il budget assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale // è di € // comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni 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 2015 è di € // comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni 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 informatici 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 dei 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 2015 è di //
- come di seguito calcolato:
- 5.1. RSA Anziani: pl acquistati n.// x retta giornaliera €// x n. // gg. = €// - // % a carico Fondo Sociale = €// a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;
- 5.2. RSA Disabili: pl acquistati n.// x retta giornaliera €// x n. // gg. = €// - // % a carico Fondo Sociale = €// a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;
- 5.3. CP Anziani: pl acquistati n.// x retta giornaliera €// x n. // gg. = €// - // % a carico Fondo Sociale = €// a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;
- 5.4. CP Disabili: pl acquistati n.// x retta giornaliera €// x n. // gg. = €// - // % a carico Fondo Sociale = €// a carico Fondo Sanitario Regionale. Tale budget si riferisce solo ai cittadini residenti nella Regione Calabria;

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 2015 è di € // come di seguito calcolato:

- Ciclo continuativo pl acquistati n.// x tariffa €// x n.// gg = € //;
- Ciclo diurno trattamenti n.// x tariffa €// x n.// gg = € //; - //
- % a carico Fondo Sociale = € // a carico Fondo Sanitario Regionale;
- Ambulatoriale individuale trattamenti n.// x tariffa €// x n.// gg = € //;
- Ambulatoriale piccolo gruppo trattamenti n.// x tariffa €// x n.// gg = € //;
- Domiciliare trattamenti n.// x tariffa €// x n.// gg = € // ;

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

7. Per le strutture che erogano **prestazioni psichiatriche**: il budget all'Erogatore dal decreto commissariale n. // del // per l'anno 2015 è di € //

- pl residenziali acquistati n.// x retta giornaliera € // x n.// gg = € // ;
- n. p.l. // semiresidenziali trattamenti n.// x tariffa € // x n.// gg = € //;

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 2015 è di € //

- pl residenziali acquistati n.// x retta giornaliera € // x n.// gg = € // ;
- n. p.l. // semiresidenziali trattamenti n.// x tariffa € // x n.// gg = € //;

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 2019 (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro **13.260.947,34**.

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

11. Le prestazioni erogate nei mesi di Gennaio e Febbraio 2019, ai sensi del D.C.A. n° 1 del 10/01/2019, sono ricomprese nel Tetto massimo annuo, che costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore per l'anno 2019.

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.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 accettante 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 idonei 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 (NSIS) 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 correlato 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 erogate. 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 vigenti, 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 ("l'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 2019 e avrà durata sino al 31 dicembre 2019.
2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto non è ammessa proroga automatica o tacita.
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

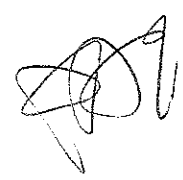
1. Fermo ogni altro rimedio previsto nel Contratto e nella normativa applicabile, il presente Contratto s'intenderà risolto ipso iure, su dichiarazione della Regione Calabria, in osservanza della procedura di cui in appresso, qualora intervenga uno o più delle ipotesi di seguito indicate:
 - a. falsità 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 impregiudicato 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 determinarne 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 ricoverare 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 privata 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
Elezione 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 (elege, altresì), il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata: clinicaticarico@legalmail.it
1. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC : protocollo@pec.asp.cosenza.it



Cosenza li 28/02/2019

L'Azienda Sanitaria Locale _____
Il Commissario
Dr. Caterina De Filippo

L'Erogatore ~~FALLIMENTO ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL~~
~~CURATORI FALLIMENTARI~~
Casquati M. 2 *De Filippo*

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

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

Cosenza li 28/02/2019

L'Azienda Sanitaria Locale _____
Il Commissario
Dr. Caterina De Filippo

L'Erogatore ~~FALLIMENTO ISTITUTO NINETTA ROSANO SRL~~
~~CURATORI FALLIMENTARI~~
Casquati M. 2 *De Filippo*

ALLEGATO A AI CONTRATTI 2019 del DCA n° 38 del 22/02/19

Casa di Cura **ISTITUTO NINETTA ROSANO S.r.L.**

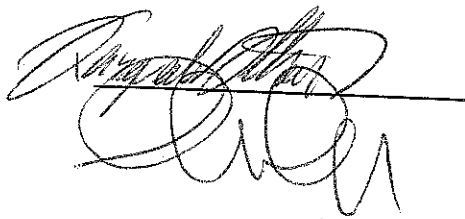
Livello di spesa massimo raggiungibile per l'anno 2019

Ricoveri in **ACUTI**
Totale

€ **13.260.947,34**

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

Legali Rappresentanti
ISTITUTO NINETTA ROSANO



Cosenza li, 28/02/2019

Il Commissario Ad Interim
ASP Cosenza

Il Commissario
Dr. Carina De Filippo

CASA DI CURA NINETTA ROSANO srl 180025

DCA 38 del 22/02/2019

PIANO DI ATTIVITA' 2019

REPARTI	COD	POSTI LETTO	
		ORDINARI	DH
CHIRURGIA GENERALE	0901	20	2
CHIRURGIA VASCOLARE	1401	5	1
CARDIOLOGIA	0801	20	2
MEDICINA GENERALE	2601	20	2
OTORINOLARINGOIATRIA	3801	10	1

BUDGET TOTALE PER L'ANNO 2019: € 13.260.947,34



DRG	t	mdc	DESCRIZIONE	Casi ord	Singolo drg	Imp Tot Ord	casi dh	Imp sing dh	Imp tot dh	pesi	casi tot	IMPORTO TOTALE
111	C	005	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA	3	€ 10.500,00	€ 31.500,00	0		€ 0,00	2.574	3	€ 31.500,00
117	C	005	REVISIONE DEL PACEMAKER CARDIACO, ECCETTO SOSTITUZ	15	€ 3.547,00	€ 53.205,00	0		€ 0,00	1.064	15	€ 53.205,00
118	C	005	SOSTITUZIONE DI PACEMAKER CARDIACO	10	€ 3.232,00	€ 32.320,00	0		€ 0,00	1.053	10	€ 32.320,00
120	C	005	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	1	€ 6.876,00	€ 6.876,00	0		€ 0,00	2.058	1	€ 6.876,00
122	M	005	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDIO A	45	€ 3.377,00	€ 151.965,00	0		€ 0,00	1.215	45	€ 151.965,00
124	M	005	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDI	70	€ 3.392,00	€ 237.440,00	0		€ 0,00	1.195	70	€ 237.440,00
125	M	005	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDI	150	€ 2.142,00	€ 321.300,00	0		€ 0,00	0.700	150	€ 321.300,00
127	M	005	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	60	€ 3.052,00	€ 183.120,00	60	€ 215,00	€ 12.900,00	1.026	120	€ 196.020,00
129	M	005	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPARENTE	7	€ 4.000,00	€ 28.000,00	0		€ 0,00	1.312	7	€ 28.000,00
136	M	005	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETÀ > 17 A	15	€ 2.073,00	€ 31.095,00	300	€ 222,00	€ 66.600,00	0.674	315	€ 97.695,00
137	M	005	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALVOLARI, ETÀ < 18 A	1	€ 3.201,00	€ 3.201,00	0		€ 0,00	0.848	1	€ 3.201,00
139	M	005	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA SEN	80	€ 974,00	€ 77.920,00	50	€ 183,00	€ 9.150,00	0.522	130	€ 87.070,00
140	M	005	ANGINA PECTORIS	20	€ 1.870,00	€ 37.400,00	10	€ 193,00	€ 1.930,00	0.619	30	€ 39.330,00
143	M	005	DOLORE TORACICO	40	€ 1.399,00	€ 55.960,00	96	€ 221,00	€ 21.216,00	0.487	136	€ 77.176,00
145	M	005	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO S	45	€ 2.097,00	€ 94.365,00	40	€ 220,00	€ 8.800,00	0.686	85	€ 103.165,00
479	C	005	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA	25	€ 16.573,00	€ 414.325,00	0		€ 0,00	1.608	35	€ 165.970,00
515	C	005	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO SENZA CATERETERIS	25	€ 3.962,00	€ 277.340,00	0		€ 0,00	4.089	25	€ 414.325,00
518	C	005	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERC	70	€ 24.098,00	€ 24.098,00	0		€ 0,00	1.218	70	€ 277.340,00
535	C	005	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATERETERISM	1	€ 21.634,00	€ 21.634,00	0		€ 0,00	5.307	1	€ 24.098,00
536	C	005	IMPIANTO DI DEFIBRILLATORE CARDIACO CON CATERETERISM	10	€ 21.634,00	€ 216.340,00	0		€ 0,00	5.307	10	€ 216.340,00
551	C	005	IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE CON DI	20	€ 9.384,00	€ 187.680,00	0		€ 0,00	2.304	20	€ 187.680,00
552	C	005	ALTRO IMPIANTO DI PACEMAKER CARDIACO PERMANENTE	60	€ 4.756,00	€ 285.360,00	0		€ 0,00	1.589	60	€ 285.360,00
554	C	005	ALTRI INTERVENTI VASCOLARI CON CC SENZA DIAGNOSI CAR	2	€ 7.144,00	€ 14.288,00	0		€ 0,00	2.066	2	€ 14.288,00
555	C	005	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERC	12	€ 6.207,00	€ 74.484,00	0		€ 0,00	1.889	12	€ 74.484,00
556	C	005	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERC	8	€ 4.747,00	€ 37.976,00	0		€ 0,00	1.374	8	€ 37.976,00
557	C	005	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERC	225	€ 8.128,00	€ 1.828.800,00	0		€ 0,00	2.243	225	€ 1.828.800,00
558	C	005	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERC	55	€ 6.434,00	€ 353.870,00	0		€ 0,00	1.690	55	€ 353.870,00
577	C	001	INSERZIONE DI STENT CAROTIDEO	21	€ 5.795,00	€ 121.695,00	0		€ 0,00	1.450	21	€ 121.695,00
			TOTALE			€ 5.347.893,00			€ 120.596,00			€ 5.468.489,00

DRG	mdc	descrizione	Casi Ord	Singolo drg	pesi	IMPORTO TOTALE
15	M	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ACUTE ASPECIFICHE E OCCLUSIONE PRECEREBRALE	1	€ 2.967,00	0,899	€ 2.967,00
111	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC	10	€ 10.500,00	2,574	€ 105.000,00
113	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIO	15	€ 11.031,00	3,138	€ 165.465,00
114	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLA	10	€ 6.056,00	1,848	€ 60.560,00
120	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	10	€ 6.876,00	2,058	€ 68.760,00
285	C	AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O	5	€ 7.698,00	2,555	€ 38.490,00
479	C	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE SENZA CC	49	€ 4.742,00	1,608	€ 232.358,00
534	C	INTERVENTI VASCOLARI EXTRACRANICI SENZA CC	2	€ 4.119,00	1,202	€ 8.238,00
535	C	IMPIANTO DI DEFR CARD CON CATERIS CON INFARTO ACUTO INSUF CARD O SCHOK	3	€ 24.098,00	2,482	€ 72.294,00
536	C	IMPIANTO DI DEFR CARD CON CATERIS SENZA INFARTO ACUTO INSUF CARD O SCHOK	2	€ 21.634,00	2,224	€ 43.268,00
557	C	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA CON STENT M	4	€ 8.128,00	2,243	€ 32.512,00
577	C	INSERZIONE DI STENT CAROTIDEO	12	€ 5.795,00	1,450	€ 69.540,00
						€ 899.452,00

DRG	md c	DESCRIZIONE	casi ord	importo DRG	totale importo ord	ca si dh	importo dh	importo tot dh	pesi totali	IMPORTO TOTALE
113	C	5 AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCETTO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIO	12	€ 11.031,00	€ 132.372,00	0	€ 0,00	€ 0,00	3,138	€ 132.372,00
114	C	5 AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLA	10	€ 6.056,00	€ 60.560,00	1	€ 1.820,00	€ 1.820,00	1,848	€ 62.380,00
120	C	5 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO CIRCOLATORIO	4	€ 6.876,00	€ 27.504,00	2	€ 2.544,00	€ 5.088,00	2,058	€ 32.592,00
147	C	6 RESEZIONE RETTALE SENZA CC	25	€ 7.475,00	€ 186.875,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,156	€ 186.875,00
149	C	6 INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	68	€ 7.113,00	€ 483.684,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,905	€ 483.684,00
151	C	6 LISI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	180	€ 4.378,00	€ 788.040,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,524	€ 788.040,00
155	C	6 INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	4	€ 6.566,00	€ 26.264,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,145	€ 26.264,00
165	C	6 APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE COMPLICATA SENZA CC	8	€ 3.514,00	€ 28.112,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,118	€ 28.112,00
167	C	6 APPENDICECTOMIA CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA SENZA CC	8	€ 2.560,00	€ 20.480,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,810	€ 20.480,00
192	C	7 INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	2	€ 9.558,00	€ 19.116,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,596	€ 19.116,00
196	C	7 COLEGISTECTOMIA CON ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	3	€ 8.007,00	€ 24.021,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,191	€ 24.021,00
198	C	7 COLEGISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BI	1	€ 5.293,00	€ 5.293,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,554	€ 5.293,00
217	C	8 SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCETTO MANO, PER MALATTIE D	0	€ 7.678,00	€ 0,00	1	€ 3.082,00	€ 3.082,00	2,597	€ 3.082,00
285	C	10 AMPUTAZIONI DI ARTO INFERIORE PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI O	1	€ 7.698,00	€ 7.698,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,555	€ 7.698,00
303	C	11 INTERVENTI SU RENE E URETERE PER NEOPLASIA	1	€ 7.386,00	€ 7.386,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,962	€ 7.386,00
305	C	11 INTERVENTI SU RENE E URETERE, NON PER NEOPLASIA SENZA CC	5	€ 4.953,00	€ 24.765,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,523	€ 24.765,00
307	C	11 PROSTATECTOMIA SENZA CC	1	€ 3.105,00	€ 3.105,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,015	€ 3.105,00
309	C	11 INTERVENTI MINORI SULLA VESCICA SENZA CC	1	€ 3.397,00	€ 3.397,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,045	€ 3.397,00
311	C	11 INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE SENZA CC	14	€ 2.350,00	€ 32.900,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,720	€ 32.900,00
313	C	11 INTERVENTI SULL'URETRA, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	12	€ 3.059,00	€ 36.708,00	1	€ 1.534,00	€ 1.534,00	1,031	€ 38.242,00
315	C	11 ALTRI INTERVENTI SUL RENE E SULLE VIE URINARIE	1	€ 6.709,00	€ 6.709,00	0	€ 0,00	€ 0,00	2,014	€ 6.709,00
335	C	12 INTERVENTI MAGGIORI SULLA PELVI MASCHILE SENZA CC	20	€ 5.997,00	€ 119.940,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,908	€ 119.940,00
337	C	12 PROSTATECTOMIA TRANSURETRALE SENZA CC	15	€ 2.652,00	€ 39.780,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,868	€ 39.780,00
338	C	12 INTERVENTI SUL TESTICOLO PER NEOPLASIA MALIGNA	7	€ 2.669,00	€ 18.683,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,914	€ 18.683,00
339	C	12 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ > 17 ANNI	8	€ 1.062,00	€ 8.496,00	25	€ 1.193,00	€ 29.825,00	0,676	€ 38.321,00
340	C	12 INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ < 18 ANNI	4	€ 1.199,00	€ 4.796,00	5	€ 1.118,00	€ 5.590,00	0,598	€ 10.386,00
341	C	12 INTERVENTI SUL PENE	40	€ 3.744,00	€ 149.760,00	2	€ 2.113,00	€ 4.226,00	1,221	€ 153.986,00
342	C	12 CIRCONCISIONE, ETÀ > 17 ANNI	4	€ 864,00	€ 3.456,00	33	€ 960,00	€ 31.680,00	0,559	€ 35.136,00
343	C	12 CIRCONCISIONE, ETÀ < 18 ANNI	0	€ 617,00	€ 0,00	2	€ 671,00	€ 1.342,00	0,294	€ 1.342,00
344	C	12 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE PER NEOPLASIE MA	0	€ 4.146,00	€ 0,00	2	€ 1.459,00	€ 2.918,00	0,942	€ 2.918,00
345	C	12 ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE ECCETTO PER NEOP	1	€ 1.737,00	€ 1.737,00	4	€ 1.331,00	€ 5.324,00	0,943	€ 7.061,00
353	C	13 EVISCERAZIONE PELVICA, ISTERECTOMIA RADICALE E VULVECTOMIA RADICALE	25	€ 6.203,00	€ 155.075,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,772	€ 155.075,00

355	C	13	INTERVENTI SU UTERO E SU ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI NON DELL'OVAIO	3	€ 3.959,00	€ 11.877,00	20	€ 1.455,00	€ 29.100,00	1.268	23	€ 40.977,00	
357	C	13	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI PER NEOPLASIE MALIGNI DELL'OVAIO O DEGL	12	€ 6.791,00	€ 81.492,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1.749	12	€ 81.492,00	
359	C	13	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	15	€ 3.027,00	€ 45.405,00	7	€ 1.436,00	€ 10.052,00	0,978	22	€ 55.457,00	
360	C	13	INTERVENTI SU VAGINA, CERVIC E VULVA	1	€ 1.545,00	€ 1.545,00	1	€ 1.382,00	€ 1.382,00	0,857	2	€ 2.927,00	
363	C	13	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE E IMPIANTO MATERIALE RADIOAT	1	€ 2.555,00	€ 2.555,00	3	€ 1.026,00	€ 3.078,00	0,793	4	€ 5.633,00	
365	C	13	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	1	€ 2.970,00	€ 2.970,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,224	1	€ 2.970,00	
394	C	16	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMOPOIETICI	1	€ 4.179,00	€ 4.179,00	3	€ 1.587,00	€ 4.761,00	1,117	4	€ 8.940,00	
407	C	17	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON INT	8	€ 5.668,00	€ 45.344,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,895	8	€ 45.344,00	
408	C	17	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALT	12	€ 4.384,00	€ 52.608,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,491	12	€ 52.608,00	
443	C	21	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC	6	€ 3.492,00	€ 20.952,00	1	€ 1.457,00	€ 1.457,00	1,244	7	€ 22.409,00	
494	C	7	COLESTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLORAZIONE DEL DOTTO BILIARE CO	157	€ 2.834,00	€ 444.938,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,889	157	€ 444.938,00	
567	C	6	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC CON DI	20	€ 13.712,00	€ 274.240,00	0	€ 0,00	€ 0,00	3,884	20	€ 274.240,00	
568	C	6	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC SENZA	20	€ 12.418,00	€ 248.360,00	0	€ 0,00	€ 0,00	3,547	20	€ 248.360,00	
573	C	11	INTERVENTI MAGGIORI SULLA VESCICA	25	€ 14.889,00	€ 372.225,00	0	€ 0,00	€ 0,00	3,503	25	€ 372.225,00	
										€ 4.035.402,00		€ 142.259,00	€ 4.177.661,00

drg	t	mdc	descrizione DRG	casì_ ord	importo ord	tot import ord	casì dh	importo dh	import tot dh	pesi	casì totali	importo totale
51	C	3	INTERVENTI SULLE GHIANDOLE SALIVARI ECC	3	€ 1.623,00	€ 4.869,00	4	€ 1.478,00	€ 5.912,00	1,020	7	€ 10.781,00
53	C	3	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETÀ > 17 A	8	€ 2.798,00	€ 22.384,00	0	€ 2.009,00	€ 0,00	0,938	8	€ 22.384,00
54	C	3	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETÀ < 18 A	2	€ 3.100,00	€ 6.200,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,027	2	€ 6.200,00
56	C	3	RINOPLASTICA	14	€ 2.573,00	€ 36.022,00	2	€ 1.726,00	€ 3.452,00	0,935	16	€ 39.474,00
57	C	3	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETT	4	€ 1.889,00	€ 7.556,00	10	€ 871,00	€ 8.710,00	0,596	14	€ 16.266,00
58	C	3	INTERVENTI SU TONSILLE E ADENOIDI ECCETT	35	€ 1.745,00	€ 61.075,00	28	€ 924,00	€ 25.872,00	0,532	63	€ 86.947,00
59	C	3	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ET	4	€ 868,00	€ 3.472,00	4	€ 964,00	€ 3.856,00	0,589	8	€ 7.328,00
60	C	3	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ET	19	€ 588,00	€ 11.172,00	41	€ 653,00	€ 26.773,00	0,399	60	€ 37.945,00
61	C	3	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, F	3	€ 1.683,00	€ 5.049,00	2	€ 1.735,00	€ 3.470,00	1,151	5	€ 8.519,00
62	C	3	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO, E	1	€ 1.162,00	€ 1.162,00	2	€ 1.069,00	€ 2.138,00	0,550	3	€ 3.300,00
63	C	3	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOC	3	€ 4.378,00	€ 13.134,00	18	€ 2.134,00	€ 38.412,00	1,458	21	€ 51.546,00
77	C	4	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO RESPIRAT	2	€ 4.639,00	€ 9.278,00	4	€ 1.682,00	€ 6.728,00	1,499	6	€ 16.006,00
169	C	3	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	1	€ 1.459,00	€ 1.459,00	13	€ 1.361,00	€ 17.693,00	0,901	14	€ 19.152,00
234	C	8	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SC	4	€ 4.629,00	€ 18.516,00	2	€ 2.296,00	€ 4.592,00	1,400	6	€ 23.108,00
394	C	16	ALTRI INTERVENTI SUGLI ORGANI EMPOIETI	2	€ 4.179,00	€ 8.358,00	4	€ 1.587,00	€ 6.348,00	1,117	6	€ 14.706,00
407	C	17	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLI	4	€ 5.668,00	€ 22.672,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,895	4	€ 22.672,00
443	C	21	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMAT	2	€ 3.492,00	€ 6.984,00	1	€ 1.457,00	€ 1.457,00	1,244	3	€ 8.441,00
538	C	8	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI D	1	€ 1.651,00	€ 1.651,00	2	€ 1.758,00	€ 3.516,00	0,941	3	€ 5.167,00
						€ 241.013,00			€ 158.929,00			




c_drg_t	mdc	descri	asi_or	importo_ord	asi_d	importo_dh	importo_tot_dh	pesi	casi_tot	importo_totale
11 M	1	NEOPLASIE DEL SISTEMA NERVOSO SENZA	4	€ 3.316,00	0	€ 298,00	€ 0,00	1,032	4	€ 13.264,00
12 M	1	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA N	16	€ 2.850,00	20	€ 196,00	€ 3.920,00	0,910	36	€ 49.520,00
14 M	1	EMORRAGIA INTRACRANICA O INFARTO C	30	€ 3.891,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,260	30	€ 116.730,00
15 M	1	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ACUTE AS	4	€ 2.967,00	30	€ 234,00	€ 7.020,00	0,899	34	€ 18.888,00
17 M	1	MALATTIE CEREBROVASCOLARI ASPECIFIC	8	€ 2.549,00	16	€ 226,00	€ 3.616,00	0,874	24	€ 24.008,00
35 M	1	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	1	€ 2.077,00	2	€ 234,00	€ 468,00	0,680	3	€ 2.545,00
64 M	3	NEOPLASIE MALIGNI DI ORECCHIO, NASO	2	€ 3.486,00	4	€ 317,00	€ 1.268,00	1,139	6	€ 8.240,00
69 M	3	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIR	4	€ 1.247,00	8	€ 224,00	€ 1.792,00	0,434	12	€ 6.780,00
73 M	3	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, I	4	€ 1.186,00	4	€ 240,00	€ 960,00	0,610	8	€ 5.704,00
78 M	4	EMBOLIA POLMONARE	6	€ 4.009,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,340	6	€ 24.054,00
82 M	4	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORI	30	€ 4.161,00	20	€ 283,00	€ 5.660,00	1,329	50	€ 130.490,00
86 M	4	VERSAMENTO PLEURICO SENZA CC	10	€ 2.867,00	6	€ 227,00	€ 1.362,00	1,036	16	€ 30.032,00
87 M	4	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RE	55	€ 3.802,00	10	€ 219,00	€ 2.190,00	1,224	65	€ 211.300,00
88 M	4	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRU	55	€ 1.600,00	40	€ 170,00	€ 6.800,00	0,820	95	€ 94.800,00
90 M	4	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ >	55	€ 2.291,00	20	€ 200,00	€ 4.000,00	0,757	75	€ 130.005,00
91 M	4	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETÀ <	2	€ 1.948,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,473	2	€ 3.896,00
95 M	4	PNEUMOTORACE SENZA CC	2	€ 1.818,00	3	€ 223,00	€ 669,00	0,690	5	€ 4.305,00
97 M	4	BRONCHITE E ASMA, ETÀ > 17 ANNI SENZ	35	€ 1.832,00	24	€ 197,00	€ 4.728,00	0,556	59	€ 68.848,00
102 M	4	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO	1	€ 1.724,00	10	€ 219,00	€ 2.190,00	0,601	11	€ 3.914,00
127 M	5	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	23	€ 3.052,00	30	€ 215,00	€ 6.450,00	1,026	53	€ 76.646,00
128 M	5	TROMBOFLEBITE DELLE VENE PROFONDE	4	€ 2.315,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,751	4	€ 9.260,00
129 M	5	ARRESTO CARDIACO SENZA CAUSA APPAR	12	€ 4.000,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,312	12	€ 48.000,00
136 M	5	MALATTIE CARDIACHE CONGENITE E VALV	30	€ 2.073,00	190	€ 222,00	€ 42.180,00	0,674	220	€ 104.370,00
139 M	5	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIO	15	€ 974,00	39	€ 183,00	€ 7.137,00	0,522	54	€ 21.747,00
140 M	5	ANGINA PECTORIS	2	€ 1.870,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,619	2	€ 3.740,00
143 M	5	DOLORE TORACICO	4	€ 1.399,00	28	€ 221,00	€ 6.188,00	0,487	32	€ 11.784,00
145 M	5	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO	25	€ 2.097,00	33	€ 220,00	€ 7.260,00	0,688	58	€ 59.685,00
173 M	6	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO DIG	10	€ 2.564,00	24	€ 274,00	€ 6.576,00	0,893	34	€ 32.216,00

175 M	6	EMORRAGIA GASTROINTESTINALE SENZA	12	€ 2.091,00	€ 25.092,00	10	€ 216,00	€ 2.160,00	0,656	22	€ 27.252,00
178 M	6	ULCERA PEPTICA NON COMPLICATA SENZ	4	€ 2.269,00	€ 9.076,00	18	€ 224,00	€ 4.032,00	0,718	22	€ 13.108,00
179 M	6	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTI	2	€ 3.236,00	€ 6.472,00	8	€ 243,00	€ 1.944,00	1,058	10	€ 8.416,00
182 M	6	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLA	15	€ 2.465,00	€ 36.975,00	2	€ 222,00	€ 444,00	0,768	17	€ 37.419,00
189 M	6	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO	5	€ 855,00	€ 4.275,00	65	€ 178,00	€ 11.570,00	0,522	70	€ 15.845,00
202 M	7	CIRROSI E EPATITE ALCOLICA	30	€ 4.013,00	€ 120.390,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,286	30	€ 120.390,00
203 M	7	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EP	12	€ 4.085,00	€ 49.020,00	12	€ 314,00	€ 3.768,00	1,282	24	€ 52.788,00
204 M	7	MALATTIE DEL PANCREAS ECCETTO NEOP	4	€ 3.195,00	€ 12.780,00	4	€ 217,00	€ 868,00	1,051	8	€ 13.648,00
205 M	7	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLA	10	€ 3.760,00	€ 37.600,00	0	€ 0,00	€ 0,00	1,158	10	€ 37.600,00
256 M	8	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO	1	€ 940,00	€ 940,00	4	€ 237,00	€ 948,00	0,622	5	€ 1.888,00
297 M	10	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLA	6	€ 1.758,00	€ 10.548,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,560	6	€ 10.548,00
316 M	11	INSUFFICIENZA RENALE	45	€ 3.734,00	€ 168.030,00	20	€ 260,00	€ 5.200,00	1,150	65	€ 173.230,00
319 M	11	NEOPLASIE DEL RENE E DELLE VIE URINAR	1	€ 2.158,00	€ 2.158,00	6	€ 283,00	€ 1.698,00	0,691	7	€ 3.856,00
321 M	11	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARI	2	€ 1.883,00	€ 3.766,00	6	€ 201,00	€ 1.206,00	0,605	8	€ 4.972,00
332 M	11	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE U	44	€ 1.008,00	€ 44.352,00	102	€ 196,00	€ 19.992,00	0,610	146	€ 64.344,00
349 M	12	IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SENZA	12	€ 901,00	€ 10.812,00	200	€ 151,00	€ 30.200,00	0,424	212	€ 41.012,00
350 M	12	INFIAMMAZIONI DELL'APPARATO RIPROD	6	€ 1.872,00	€ 11.232,00	55	€ 234,00	€ 12.870,00	0,570	61	€ 24.102,00
367 M	13	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO RIP	2	€ 2.401,00	€ 4.802,00	16	€ 219,00	€ 3.504,00	0,644	18	€ 8.306,00
368 M	13	INFEZIONI DELL'APPARATO RIPRODUTTIV	15	€ 1.722,00	€ 25.830,00	73	€ 235,00	€ 17.155,00	0,530	88	€ 42.985,00
399 M	16	DISTURBI SISTEMA RETICOLOENDOTELIAL	12	€ 1.704,00	€ 20.448,00	35	€ 192,00	€ 6.720,00	0,698	47	€ 27.168,00
411 M	17	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA SENZ	20	€ 868,00	€ 17.360,00	90	€ 154,00	€ 13.860,00	0,482	110	€ 31.220,00
412 M	17	ANAMNESI DI NEOPLASIA MALIGNA CON	4	€ 734,00	€ 2.936,00	19	€ 230,00	€ 4.370,00	0,494	23	€ 7.306,00
414 M	17	ALTRE ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIV	4	€ 2.876,00	€ 11.504,00	2	€ 226,00	€ 452,00	0,966	6	€ 11.956,00
420 M	18	FEBBRE DI ORIGINE SCONOSCIUTA, ETA >	4	€ 2.086,00	€ 8.344,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,637	4	€ 8.344,00
450 M	21	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI	3	€ 1.272,00	€ 3.816,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,410	3	€ 3.816,00
464 M	23	SEGNI E SINTOMI SENZA CC	3	€ 1.748,00	€ 5.244,00	2	€ 209,00	€ 418,00	0,504	5	€ 5.662,00
524 M	1	ISCHEMIA CEREBRALE TRANSITORIA	80	€ 2.543,00	€ 203.440,00	0	€ 0,00	€ 0,00	0,769	80	€ 203.440,00
				€ 2.049.579,00	€ 265.813,00						€ 2.315.392,00





TOTALE PIANO DI ACQUISTO CASA DI CURA ISTITUTO NINETTA ROSANO 2019

COD. 0801	CARDIOLOGIA	€ 5.468.489,00
COD. 0901	CHIRURGIA GENERALE	€ 4.177.661,00
COD. 1401	CHIRURGIA VASCOLARE	€ 899.452,00
COD. 2601	MEDICINA GENERALE	€ 2.315.392,00
COD. 3801	OTORINOLARINGOIATRIA	€ 399.942,00

IMPORTO COMPLESSIVO	€ 13.260.947,34
---------------------	-----------------

