



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



CONTRATTO

per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie per conto ed a carico del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'ex art. 8-quinquies del D.lgs n. 502/1992 e s.m.i

L'anno 2019, il giorno ventisei del mese di febbraio in Catanzaro

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro con sede legale in Catanzaro, Via Vinicio Cortese, n.25, in persona del Commissario Straordinario e Legale Rappresentante pro-tempore, dr. Giuseppe Fico - P.I. 02865540799 (di seguito per brevità "ASP"), da una parte

E

La Casa di Cura **Villa Serena CA.GI S.p.A.** erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera, in persona della Sig.ra Francesca Previti in qualità di Presidente del Consiglio di Amministrazione e Consigliere Delegato C.F/00162730790/P.I. 00839840790 con sede legale in Catanzaro, Via Pascali, n. 11 (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 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. 1 80, della L. 30.12.2004, sottoscritto in data 17 dicembre 2009;
- con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07.12.2018 è stato nominato il Gen. Dott. Saverio Cotticelli quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR

CA.GI S.p.A.
Il Consigliere delegato

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 07.12.2018 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;
- che con DCA n. 119 del 04.11.2016 è stato approvato il programma operativo 2016-2018, predisposto ai sensi dell'art. 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.;
- 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 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 in conformità con la normativa vigente e nei limiti massimi di finanziamento stabiliti dal DCA 38 del 22 febbraio 2019.

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'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;



- 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);
- Visto il D.M. n. 70 del 02/04/2015;
- Visto il DCA n. 92 del 02.09.2015;
- Visto il DCA n. 64 del 05/07/2016;
- Visto il DCA N. 174 del 15.10.2018;
- Visto il DCA n. 1 del 10.01.2019;
- Visto il DCA n. 38 del 22.02.2019 di definizione dei livelli massimi di finanziamento alle Aziende Sanitarie Provinciali per l'acquisto di prestazioni di Assistenza Ospedaliera con oneri a carico del SSR – Anno 2019;

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 rilasciato con DPGR n. 18 del 05.02.2013 e con DPGR N.34 DEL 07.03.2013 con cui la Regione Calabria ha confermato l'autorizzazione e l'accreditamento concessi con DPGR n. 136 del 11.07.2012 per la struttura Villa Serena CA.GI. S.p.A sita in Catanzaro, Via Pascali n. 11 cod. struttura 180050, cod. NSIS _____, (di seguito denominata "Struttura").

2. La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di (barrare la/e casella/e corrispondente/i):

X assistenza ospedaliera per n. p.l. 73 (p.l. totali) per le seguenti discipline:

Ortopedia e Traumatologia p.l. ordinari 30 - p.l. Dh/Ds 3;

Riabilitazione Muscolo Scheletrica p.l. ordinari 35 - p.l. Dh/Ds 5;

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

APA e PAC riferite alle Discipline Accreditate;

q assistenza riabilitativa psichiatrica per:

n. p.l. _____ residenziali;

n. trattamenti _____ semiresidenziali;

q assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Anziani per n. p.l. _____;

q assistenza socio-sanitaria residenziale in RSA Disabili per n. p.l. _____;

q assistenza sanitaria residenziale in RSA Medicalizzata per n. p.l. _____;

q assistenza socio-sanitaria residenziale in Casa Protetta Anziani per n. p.l. ____;

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

q assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso per:

n. p.l. ____ residenziali;

n. trattamenti ____ semiresidenziali;

q 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 c), 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 DPR 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., 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 _____;

f.2. per i contratti il cui valore sia pari o superiore a Euro 200.000,00 per effetto di aggregazioni successive al _____, 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 _____;

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 _____;
 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 _____;
 5. In caso di mancata produzione della documentazione ovvero delle indicazioni e dichiarazioni necessarie, l'ASP diffida la struttura ad 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 febbraio 2019 per l'anno 2019 è di € 7.787.662,66 comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori Regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari).

<i>Struttura</i>	<i>Totale post acuti</i>	<i>Totale acuti</i>	<i>Accantonamento per funzioni non tariffate da ripartire a consuntivo con separato atto</i>	<i>Assegnazione complessiva per struttura, quale somma di acuti + post acuti per il 2019</i>
Casa di Cura Villa Serena CA.GI S.p.A	€. 2.556.495,49	€. 5.231.167,17	0,00	€. 7.787.662,66

- 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. Il 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 erogazione delle prestazioni di APA e PAC: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2019 è di € _____, comprensivo delle

prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed *extra*-comunitari).

3. Per le strutture che erogano prestazioni di **specialistica ambulatoriale**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. _____ del _____ per l'anno 2019 è di € _____, comprensivo delle 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;

3.1. 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 2019 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 2019 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 del Fondo Sociale = € _____ a carico del 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 2019 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 2019 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 7.787.662,66** (Euro settemiliosettecentootantasettemilaseicentossessantadue/66);

10. Di stabilire che per gli erogatori privati accreditati che non sottoscrivano il contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs 502/92 e s.m.i., in mancanza di titolo contrattuale, **dal 1 marzo 2019** cesserà la remunerazione delle prestazioni ospedaliere e si applicherà la sospensione del rapporto di accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva ai sensi dell'art. 8 -quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs 502/92, introdotto dal comma 1 -quinquies dell'art. 78 del del D.L. 112/2008, convertito nella legge 133/2008

11. Di precisare che i limiti massimi di spesa 2019 definiti con DCA n. 38/2019, per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privato accreditato devono comunque assorbire la produzione appropriata erogata nei mesi di gennaio e febbraio 2019 per come già stabilito con DCA n. 1 del 10.01.2019

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”.

1. 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 01 gennaio 2019 e avrà durata sino al 31 dicembre 2019.
2. Il presente contratto è redatto secondo lo schema di accordo contrattuale approvato con DCA 92/2015 così come modificato dal DCA 174/2018, 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.


CA.GI. S.p.a.
Il Consigliere delegato

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), c), 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 adempimento, 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 *quiquies*, comma 2 *quiquies* 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 elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata: villaserena@legalmail.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC : direzione generale@pe.c.asp.cz.it

Catanzaro li, 26 febbraio 2019

Per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, il Rappresentante Legale,

dr. Giuseppe Fico.....



Per la Casa di Cura Villa Serena CA.GI. S.p.A., in qualità di Presidente del Consiglio di Amministrazione e Consigliere Delegato,

Sig.ra Francesca Previti, **CA.GI. S.p.a.**
Il Consigliere delegato

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.

Catanzaro li, 26 febbraio 2019

Per l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, il Rappresentante Legale,

dr. Giuseppe Fico.....



Per la Casa di Cura Villa Serena CA.GI. S.p.A., in qualità di Presidente del Consiglio di Amministrazione e Consigliere Delegato,

Sig.ra Francesca Previti, **CA.GI. S.p.a.**
Il Consigliere delegato

rec	Drg_TXT	Drg : Descrizione	Ortopedia				TOTALE RICOVERI 2019				Post Acuzie 2019				TOT VAL RICOVERI	TOT VAL RIAB	TOT VAL LUNG	TOTALE VAL
			1	1	2	2	1	1	2	2	TOT RIAB	TOT GG RIAB	TOT LUNG	TOT GG LUNG				
DRG TXT	TIPO DRG	DRG NUM	Villa Serena	2019 RES	2019 EXT	2019 RES	2019 EXT	2019 RES	2019 EXT	TOT RIAB	TOT GG RIAB	TOT LUNG	TOT GG LUNG					
8	LEA DCAS	8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri int			1		0	0	0	0	0	0	2.585,00	-	-	2.585,00	
9	MEDICO	9	Malattie e traumatismi del midollo spinale					0	0	4	50	0	0	0,00	27.270,00	-	27.270,00	
12	MEDICO	12	Malattie degenerative del sistema nervoso					0	0	25	825	0	0	0,00	224.977,50	-	224.977,50	
15	MEDICO	15	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e oc					0	0	4	35	0	0	0,00	19.089,00	-	19.089,00	
200	CHIRURGICO	211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazion	2	1			2	1	0	0	0	0	17.620,00	-	-	17.620,00	
206	CHIRURGICO	219	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca	2	2			2	2	0	0	0	0	9.123,00	-	-	9.123,00	
208	CHIRURGICO	223	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri inte	2	1			2	1	0	0	0	0	219.550,00	-	-	219.550,00	
209	CHIRURGICO	224	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccet	30	20			30	20	0	0	0	0	376.940,00	-	-	376.940,00	
210	CHIRURGICO	225	Interventi sul piede	50	50	40	20	50	50	0	0	0	0	151.144,00	-	-	151.144,00	
212	LEA DCAS	227	Interventi sui tessuti molli senza CC	1		50	50	1	0	50	50	0	0	141.264,00	-	-	141.264,00	
214	LEA DCAS	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi n			50	59	0	0	50	59	0	0	162.015,00	-	-	162.015,00	
218	CHIRURGICO	234	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e	25	10			25	10	0	0	0	0	0,00	2.224.725,79	-	2.224.725,79	
233	MEDICO LEA	249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema r					0	0	448	4500	0	0	0,00	60.600,00	-	60.600,00	
333	MEDICO	462	Riabilitazione					0	0	25	147	0	0	0,00	652,00	-	652,00	
338	MEDICO LEA	467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1				1	0	0	0	0	0	171.300,00	-	-	171.300,00	
57	CHIRURGICO	491	Interventi su articolazioni maggiori e reimpiant	10	10			10	10	0	0	0	0	86.632,00	-	-	86.632,00	
64	CHIRURGICO	498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	4	3			4	3	0	0	0	0	367.200,00	-	-	367.200,00	
66	CHIRURGICO	500	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi	50	50			50	50	0	0	0	0	111.053,60	-	-	111.053,60	
69	LEA DCAS APA	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principa	24	25	10	10	24	25	10	10	0	0	39.580,00	-	-	39.580,00	
83	CHIRURGICO	520	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	3	2			3	2	0	0	0	0	15.384,80	-	-	15.384,80	
99	LEA DCAS	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazi	1		3	5	1	0	3	5	0	0	3.190.157,00	-	-	3.190.157,00	
05	CHIRURGICO	544	Sostituzione di articolazioni maggiori e o reimp	280	81			280	81	0	0	0	0	111.520,00	-	-	111.520,00	
06	CHIRURGICO	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocc	8	2			8	2	0	0	0	0	39.090,00	-	-	39.090,00	
07	CHIRURGICO	546	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con devi	1	1			1	1	0	0	0	0	5.231.107,40	2.556.662,29	-	7.787.769,69	
TOTALE				494	253	154	144	494	258	506	5557	0	0					

In Rosso produzione gennaio 2019

In data successiva alla produzione delle SDO di febbraio 2019, si concorda l'aggiornamento della presente tabella.

CA.GI. S.p.a.
 // Consigliere delegato
 Francesco Presti

