

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

L'anno 2018 il giorno OTTO del mese di GIUGNO in Crotona

TRA

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotona con sede legale in Crotona Via Mario Nicoletta c/o Centro Direzionale il Granaio, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro-tempore, Dr. Sergio Arena, nato a Isola di Capo Rizzuto il 9/11/1954 P.I. 01997410798 (di seguito per brevità "ASP"), da una parte

E

CASA di Cura MARRELLI HOSPITAL di Marrelli HEALTH Srl erogatore di prestazioni di assistenza ospedaliera, in persona del Legale rappresentante p.t. Dr. Lorenzo Marrelli P.I. 01356640795 con sede legale in Crotona, Via E. Fermi, località Passovecchio (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 (cd. Piano di Rientro);
- con D.G.R. n. 908 del 23.12.2009, successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010, è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Calabria, per il Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale ai sensi dell'art. 1, co. 180, della L. 30.12.2004, sottoscritto in data 17 dicembre 2009;
- con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 è stato nominato l'ing. Massimo Scura quale Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
- con la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 è stato nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Calabria, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
- con DCA n. 14 del 2/04/2015 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni nella L. 7 agosto 2012 n. 135;
- 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* 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;
- 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 N°1 del 5 Gennaio 2011 per la struttura Casa di Cura Calabrodental Day Surgery, sita in Crotona, Via E. Fermi, cod. struttura 180101, cod. NSIS 003300 (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. **8** (*p.l. totali*) per le seguenti discipline:
MAXILLO FACCIALE p.l. ordinari **6** p.l. Dh/Ds ;
ODONTOSTOMATOLOGIA p.l.ordinari **pl Dh/Ds 2**
3. L'Erogatore è titolare di autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo rilasciati con provvedimento DCA n° 110 del 12 Ottobre 2016 per la struttura Casa di Cura Marrelli Hospital, sita in Crotona, Via Gioacchino da Fiore cod. struttura 18010700, cod. NSIS (di seguito denominata "Struttura").

La struttura eroga, in regime di accreditamento istituzionale le seguenti prestazioni di:

assistenza ospedaliera per n. p.l. **60** (*p.l. totali*) per le seguenti discipline:

CHIRURGIA GENERALE (cod. 09) p.l. ordinari 32 pl Dh/Ds 8

ORTOPEDIA (Cod. 36) pl. Ordinari 16 pl Dh/Ds 4

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

CHIRURGIA GENERALE;
ORTOPEDIA

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;

- n. pl. _____ residenziali;*

n. trattamenti _____ semiresidenziali;

Assistenza riabilitativa estensiva extraospedaliera 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 (REA);
 - 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 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 € 200.000,00 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 2015;
 - 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 2015, 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 2015;
 - f.3. per i contratti il cui valore è inferiore a € 200.000,00 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 2015.
 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 dell'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. La Struttura eroga prestazioni di assistenza **ospedaliera**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale **n.87 del 24 Aprile 2018** per l'anno 2018 è di € **7.158.493,09** (di cui € **2.219.379,00 ex Calabro dental** e € **4.799.334,09 Marrelli Hospital**) 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. 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 l'erogazione delle **prestazioni di APA e PAC**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. del per l'anno **2018** è di € , comprensivo delle prestazioni erogate ai cittadini residenti fuori regione e delle prestazioni erogate ai cittadini stranieri (comunitari ed extra-comunitari) e delle compartecipazioni aggiuntive (ticket e quota fissa) di cui alla vigente normativa.
3. La struttura eroga prestazioni di **specialistica ambulatoriale**: il *budget* assegnato all'Erogatore dal decreto commissariale n. del 2018 per l'anno 2018 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 monitoraggio*".
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.EA;
- > il rispetto delle condizioni di prescrivibilità in rapporto alla diagnosi;
- > le modalità di erogazione delle prestazioni.

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

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

51.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;

52.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;

53.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;

54.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;

55. Durante eventuali ricoveri degli ospiti in Ospedale, le strutture devono mantenere per almeno 10 giorni, il posto letto riservato, e tale garanzia per il paziente viene remunerata con il 10% della retta a carico del SSR.

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

Ciclo continuativo	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 2018 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 2018 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 2017 (di seguito denominato "Tetto Massimo Annuo") l'importo di Euro ().
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 nell'anno 2018, in regime di *prorogatio* ai sensi dell'art. 9 del contratto stipulato nell'anno 2017, nel periodo antecedente la sottoscrizione del presente contratto, sono ricomprese nel Tetto massimo annuo, per come determinato al punto precedente, che costituisce la somma dei corrispettivi spettanti all'Erogatore per l'anno 2018.
12. Al fine di consentire agli aventi diritto continuità nella fruizione delle Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie, sia pur nell'ottica di necessario contenimento della spesa pubblica, le Parti si danno atto che l'Erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto il corso dell'anno, tenendo conto delle liste d'attesa e delle priorità assistenziali stabilite con apposito atto regionale, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il budget (tetto massimo) non sono riconosciute con onere a carico del S.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 2018 e avrà durata sino al 31 dicembre 2018.**
2. Fino alla stipula dell'eventuale successivo contratto - da concludersi per disciplinare le condizioni dei sinallagma che regolerà i rapporti dell'anno successivo e che, pertanto, andrà a svolgere la sua efficacia contrattuale a decorrere dall'1 gennaio 2019, le condizioni oggi convenute con il presente contratto rimangono provvisoriamente confermate.
3. Il presente contratto è redatto in quattro copie, una per la Struttura e tre per l'ASP, che ne curerà tempestivamente la notifica di due esemplari uno alla Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e uno alla Struttura Commissariale.

Articolo

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 contestazione. 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 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 elegge, altresì, il proprio domicilio informatico dichiarando di voler ricevere ogni comunicazione ai sensi di legge all'indirizzo di posta elettronica certificata : Marrellihospital@pec.it
3. L'ASP elegge il proprio domicilio informatico alla casella PEC direzionegenerale@pec.asp.crotone.it

CROTONE, 08/10/2018

L'Azienda Sanitaria Locale _____

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Sergio ARENA

L'Erogatore _____

CLAUSOLE VESSATORIE: Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 e 1342 del cc, 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 quattro originali: uno per ciascuno dei sottoscrittori, il terzo da consegnare alla Regione Dipartimento tutela della salute e il quarto Struttura Commissariale

L'Azienda Sanitaria Locale

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Sergio ARENA

L'Erogatore

MARRELLI HEALTH

MARRELLI HEALTH
Via E. Fermi - 88900 CROTONE (KR)
P. IVA 01356640795

Denominazione Struttura: MARRELLI HEALTH s.r.l.

Riepilogo generale

Tetto Massimo Annuo 2018 - (DCA n. 87 del 24 aprile 2018) - Prestazioni ospedaliere per acuti

Cod Disc	Disciplina	N. prestazioni per acuti	Limite massimo di spesa
09	Chirurgia Generale	1.058	3.011.851,09
36	Ortopedia e Traumatologia	392	1.788.113,00
10	Chirurgia Maxillo-facciale	977	2.048.753,00
35	Odontostomatologia	180	309.776,00
Totale discipline		2.607	7.158.493,09

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Sergio ARENA


MARRELLI HEALTH
Via E. Fermi 88900 CROTONE (KR)
P. IVA 01356640795

Denominazione Struttura: MARRELLI HOSPITAL di MARRELLI HEALTH s.r.l.							
Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti - Disciplina: CHIRURGIA GENERALE (cod. 09)							
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Tipo di ricovero	Importo unitario	N° prestazioni	Importo Totale
146	6	C	RESEZIONE RETTALE CON CC	Ord	11.203,00	2	22.406,00
147	6	C	RESEZIONE RETTALE SENZA CC	Ord	7.475,00	10	74.750,00
149	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	Ord	7.113,00	70	497.910,00
151	6	C	USI DI ADERENZE PERITONEALI SENZA CC	Ord	4.378,00	28	122.584,00
152	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC	Ord	6.051,00	2	12.102,00
153	6	C	INTERVENTI MINORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE SENZA CC	Ord	4.491,00	18	80.838,00
155	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	Ord	6.566,00	6	39.396,00
				ord 0-1g ric ds	1.888,00	18	33.984,00
170	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE CON CC	Ord	8.810,00	2	17.620,00
171	6	C	ALTRI INTERVENTI SULL'APPARATO DIGERENTE SENZA CC	Ord	4.498,00	8	35.984,00
191	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT CON CC	Ord	13.929,00	2	27.858,00
192	7	C	INTERVENTI SU PANCREAS, FEGATO E DI SHUNT SENZA CC	Ord	9.558,00	2	19.116,00
193	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	Ord	13.509,00	6	81.054,00
194	7	C	INTERVENTI SULLE VIE BILIARI, ECCETTO COLECISTECTOMIA ISOLATA CON O SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	Ord	8.789,00	8	70.312,00
195	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	Ord	10.574,00	1	10.574,00
196	7	C	COLECISTECTOMIA CON ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	Ord	8.007,00	54	432.378,00
198	7	C	COLECISTECTOMIA ECCETTO LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	Ord	5.293,00	5	26.465,00
201	7	C	ALTRI INTERVENTI EPATOBILIARI O SUL PANCREAS	Ord	8.585,00	2	17.170,00
203	7	M	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	Ord	4.085,00	8	32.680,00
258	9	C	MASTECTOMIA TOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	Ord	3.341,00	4	13.364,00
259	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI CON CC	Ord	2.717,00	2	5.434,00
260	9	C	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI SENZA CC	Ord	2.354,00	15	35.310,00
261	9	C	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCETTO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	Ord	3.709,00	5	18.545,00
				ord 0-1g ric ds	1.960,00	5	9.800,00
264	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI PER ULCERE PELLE O CELLULITE SENZA CC	Ord	4.254,00	6	25.524,00
266	9	C	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	ord 0-1g ric ds	1.733,00	19	32.927,00
288	10	C	INTERVENTI PER OBESITÀ	Ord	5.681,00	110	624.910,00
290	10	C	INTERVENTI SULLA TIROIDE	Ord	3.340,00	17	56.780,00
293	10	C	ALTRI INTERVENTI PER MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE SENZA CC	Ord	5.308,00	12	63.696,00
297	10	M	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	Ord	1.758,00	12	21.096,00
339	12	C	INTERVENTI SUL TESTICOLO NON PER NEOPLASIE MALIGNI, ETÀ > 17 ANNI	ord 0-1g ric ds	1.193,00	6	7.158,00
341	12	C	INTERVENTI SUL PENE	Ord	3.744,00	6	22.464,00
342	12	C	CIRCONCISIONE, ETÀ > 17 ANNI	ord 0-1g ric ds	960,00	9	8.640,00
440	21	C	SBRIGLIAMENTO DI FERITE PER TRAUMATISMO	Ord	4.384,00	4	17.536,00
493	7	C	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE CON CC	Ord	5.397,00	2	10.794,00
494	7	C	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE SENZA CC	Ord	2.834,00	15	42.510,00
539	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI CON CC	Ord	13.271,00	2	26.542,00
540	17	C	LINFOMA E LEUCEMIA CON INTERVENTI CHIRURGICI MAGGIORI SENZA CC	Ord	4.867,00	2	9.734,00
541	26	C	OSSIGENAZIONE EXTRACORPOREA A MEMBRANE O TRACHEOSTOMIA CON VENTILAZIONE MECCANICA ≥ 96 ORE O DIAGNOSI PRINCIPALE NON	Ord	51.919,00	1	51.919,00

Denominazione Struttura: MARRELLI HOSPITAL di MARRELLI HEALTH s.r.l.							
Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti - Disciplina: CHIRURGIA GENERALE (cod. 09)							
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Tipo di ricovero	Importo unitario	N° prestazioni	Importo Totale
567	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	Ord	13.712,00	1	13.712,00
568	6	C	INTERVENTI SU ESOFAGO, STOMACO E DUODENO, ETÀ > 17 ANNI CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	Ord	12.418,00	6	74.508,00
569	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC CON DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	Ord	13.793,00	2	27.586,00
570	6	C	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE CON CC SENZA DIAGNOSI GASTROINTESTINALE MAGGIORE	Ord	11.318,00	12	135.816,00
Totale disciplina						527	3.011.486,00
ARROTONDAMENTO fino al Tetto Massimo Annuo						-	365,09
Tetto Massimo Annuo 2018 (chirurgia generale + ortopedia e traumatologia)						1.054	4.799.964,09

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Sergio ARENA

MARRELLI HEALTH
Via E. Ferrini - 83900 CROTONE (KR)
P. IVA 01356840795

Denominazione Struttura: MARRELLI HOSPITAL di MARRELLI HEALTH s.r.l.							
Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti - Disciplina: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (cod. 36)							
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Tipo di ricovero	Importo unitario	N° prestazioni	Importo Totale
113	5	C	AMPUTAZIONE PER DISTURBI CIRCOLATORI ECCEP TO AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE	Ord	11.031,00	4	44.124,00
114	5	C	AMPUTAZIONE ARTO SUPERIORE E DITA PIEDE PER MALATTIE APPARATO CIRCOLATORIO	Ord	6.056,00	4	24.224,00
211	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	Ord	6.099,00	10	60.990,00
212	8	C	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEP TO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETÀ < 18 ANNI	Ord	5.477,00	2	10.954,00
216	8	C	BIOPSIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO	Day Surgery	2.327,00	4	9.308,00
217	8	C	SBRIGLIAMENTO FERITA E TRAPIANTO CUTANEO ECCEP TO MANO, PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO	Ord	7.678,00	22	168.916,00
218	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMER O ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETÀ > 17 ANNI CON CC	Ord	6.686,00	3	20.058,00
219	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMER O ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETÀ > 17 ANNI SENZA CC	Ord	4.405,00	5	22.025,00
220	8	C	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMER O ECCEP TO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETÀ < 18 ANNI	Ord	3.286,00	6	19.716,00
223	8	C	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	Ord	3.041,00	5	15.205,00
224	8	C	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCEP TO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	Ord	4.391,00	30	131.730,00
225	8	C	INTERVENTI SUL PIEDE	Ord	2.759,00	40	110.360,00
				Day Surgery	1.684,00	57	95.988,00
226	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI CON CC	Ord	4.764,00	2	9.528,00
227	8	C	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	Ord	1.555,00	8	12.440,00
				Day Surgery	1.499,00	10	14.990,00
229	8	C	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEP TO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	Ord	1.266,00	7	8.862,00
233	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO CON CC	Ord	7.191,00	4	28.764,00
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC	Ord	4.629,00	42	194.418,00
				Day Surgery	2.296,00	16	36.736,00
491	8	C	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI SUPERIORI	Ord	8.565,00	2	17.130,00
498	8	C	ARTRODESI VERTEBRALE ECCEP TO CERVICALE SENZA CC	Ord	12.376,00	10	123.760,00
499	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEP TO PER ARTRODESI VERTEBRALE CON CC	Ord	6.347,00	2	12.694,00
500	8	C	INTERVENTI SU DORSO E COLLO ECCEP TO PER ARTRODESI VERTEBRALE SENZA CC	Ord	3.672,00	20	73.440,00
519	8	C	ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE CON CC	Ord	12.753,00	1	12.753,00
520	8	C	ARTRODESI VERTEBRALE CERVICALE SENZA CC	Ord	7.916,00	2	15.832,00
538	8	C	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA ECCEP TO ANCA E FEMORE SENZA CC	day surgery	1.758,00	25	43.950,00
544	8	C	SOSTITUZIONE DI ARTICOLAZIONI MAGGIORI O REIMPIANTO DEGLI ARTI INFERIORI	Ord	8.837,00	42	371.154,00
545	8	C	REVISIONE DI SOSTITUZIONE DELL'ANCA O DEL GINOCCHIO	Ord	11.152,00	7	78.064,00
Totale disciplina						392	1.788.113,00

MARRELLI HEALTH
 Via E. Ferri - 88900 CROTONE (KR)
 P. IVA 01858640795

Denominazione Struttura: CALABRODENTAL di MARRELLI HEALTH s.r.l.							
Prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti - Day Surgery							
Disciplina: CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (cod. 10)							
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Tipo di ricovero	Importo unitario	N° prestazioni	Importo Totale
049	3	C	INTERVENTI MAGGIORI SUL CAPO E SUL COLLO	Day Surgery	2.472,00	115	284.280,00
053	3	C	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETÀ > 17 ANNI		2.009,00	210	421.890,00
055	3	C	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		1.613,00	50	80.650,00
056	3	C	RINOPLASTICA		1.726,00	15	25.890,00
063	3	C	ALTRI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA		2.134,00	452	964.568,00
234	8	C	ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E TESSUTO CONNETTIVO SENZA CC		2.296,00	8	18.368,00
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE		2.029,00	119	241.451,00
443	21	C	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER TRAUMATISMO SENZA CC		1.457,00	8	11.656,00
Totale disciplina						977	2.048.753,00

Disciplina: ODONTOSTOMATOLOGIA (cod. 35)							
DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Tipo di ricovero	Importo unitario	N° prestazioni	Importo Totale
169	3	C	INTERVENTI SULLA BOCCA SENZA CC	Day Surgery	1.361,00	83	112.963,00
424	19	C	INTERVENTI CHIRURGICI DI QUALUNQUE TIPO IN PAZIENTI CON DIAGNOSI PRINCIPALE DI MALATTIA MENTALE		2.029,00	97	196.813,00
Totale disciplina						180	309.776,00
Tetto Massimo Annuo 2018						1.157	2.358.529,00

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Sergio ARENA

MARRELLI HEALTH
Via E. Fermi - 88900 CROTONE (KR)
P. IVA 01358640795