

ACCORDO

- ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 -
tra l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste e la Casa di Cura
SANATORIO TRIESTINO S.p.A per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni
di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale

anno 2016

.....

L'anno 2016, il giorno 29, del mese di novembre, in TRIESTE

TRA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), di seguito Azienda, con sede a Trieste, via Giovanni Sai, n. 1-3, Partita IVA 01258370327, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore Dott. Nicola DELLI QUADRI,

E

La Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A , con sede in TRIESTE, via Domenico Rossetti 62, C.F./P.I. 00130810328, in persona del legale rappresentante il presidente sig.ra Bruna GIAMPERLATI CATALANI, la quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stata condannata con provvedimento definitivo (sentenza anche a seguito di patteggiamento, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità a contrarre con la P.A.

Premesso:

1. Che, in attuazione della legge regionale 16.10.2014, n. 17, con decreto del Presidente della Regione n. 088/Pres. dd. 27.04.2016, ~~su conforme DGR n. 679 dd. 22.04.2016, a decorrere dal 01.05.2016~~ è stata costituita l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUI Ts), comprendente gli ambiti territoriali individuati al comma 1, lett. a), dell'art. 6 della legge stessa, per effetto dell'incorporazione da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 4, comma 2, della predetta L.R. n. 17/2014, la quale succede all'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste, contestualmente soppressa, ed alla quale vengono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, e tutte le funzioni già riconosciute all'A.O.U., secondo le modalità definite con il protocollo d'intesa approvato con la deliberazione giuntale n. 612 del 13.04.2016 e sottoscritto in data 22.04.2016 richiamata la deliberazione della Giunta Regionale n. 694 dd. 28.04.2016;
2. Che la Casa di Cura SANATORIO TRIESTINO S.p.A, di seguito Struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 46874-15/GEN.IV.1.D.6 dd.30/09/2015, rilasciato dall'allora Azienda per l'assistenza sanitaria n. 1 Triestina ;
3. Che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo dell'accreditamento a pieno titolo, di cui al decreto n. 595/SPS dd. 29.04.2016, per la durata di tre anni, decorrente dal 10.11.2015 data di adozione del decreto n. 926/2015, per l'erogazione di prestazioni di ricovero, ambulatoriali e di diagnostica per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, nelle seguenti branche specialistiche e con la seguente dotazione di posti letto:



➤ **Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali**

Posti letto

• Medicina interna	15 (di cui 8 esclusivamente per attività privata o extraregionale)
• Chirurgia generale	20 (attività di degenza)
• Urologia/andrologia	14 (attività di degenza)
• Oculistica	6 (attività di degenza)
• Ginecologia	7 (attività di degenza)
• Ortopedia e traumatologia	18 (attività di degenza)

➤ **Branche specialistiche ambulatoriali**

- Dermatologia
- Neurologia
- Endoscopia digestiva
- Anestesia rianimazione e terapia del dolore
- Cardiologia

➤ **Diagnostica per immagini di I° e II° livello**

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Ecocolordoppler
- Risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM
- TAC

4. Che l'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 stabilisce che la Regione e le Unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi contrattuali con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;
5. Che l'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, del D.Lgs. n. 502/1992, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali medesimi, prevede che l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture eroganti prestazioni per conto del S.S.N. è sospeso;
6. Che la D.G.R. 10.1.2014, n. 27, - con la quale è stato approvato l'Accordo tra Regione Friuli Venezia Giulia e Case di Cura private accreditate avente ad oggetto l'erogazione di prestazioni sanitarie di ricovero per acuti, ricovero per riabilitazione e post acuzie e specialistica ambulatoriale – prevede l'individuazione di un budget complessivo regionale destinato all'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate e la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di laboratorio;
7. Che la D.G.R. 20.02.2015 n. 299 specifica ed integra la D.G.R. 27/2014, alla luce di alcune verifiche di carattere generale e del mutato assetto istituzionale determinato dalla legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014, che supera il modello dell'Area Vasta;
8. Che in data 01.04.2016, protocollo n. 15790/GEN.II.3.C.2, è stato sottoscritto l'“Accordo con le Case di Cura Private Accreditate per l'utilizzo delle risorse, di cui all'accordo triennale per il periodo 2014-2016, tra Regione Friuli Venezia Giulia e Associazioni rappresentative, DGR n. 27 dd. 10.01.2014 e s.m. e i, ridistribuite fra gli Enti per quota capitaria delle nuove A.A.S., come da LR n. 17 dd. 16.10.2014 per l'anno 2016”;
9. Che l'art. 9 quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125, attribuisce alle Regioni o agli Enti del Servizio sanitario nazionale la ridefinizione dei tetti di spesa annui nelle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dagli erogatori privati accreditati, attraverso la stipula o rinegoziazione dei relativi contratti per l'anno 2016, rideterminando il valore degli stessi in modo da ridurre la spesa complessiva annua, da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'assistenza specialistica ambulatoriale per l'anno 2014;
10. Che l'art. 1, comma 574 della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 conferma che, al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente del medesimo comma, le regioni provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati, in misura tale da assicurare il rispetto degli obiettivi di riduzione di cui al primo periodo, nonché gli obiettivi previsti dall'articolo 9-quater, comma 7, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125;
11. Che risulta necessario applicare, ai tetti complessivi per l'anno 2016, la riduzione di cui ai precedenti paragrafi.
12. Che la D.G.R. 2034/2015 definisce l'organizzazione e le regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa;



13. Che il D.M. "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale", dd. 9 dicembre 2015, definisce, per un totale di 203 prestazioni di specialistica ambulatoriale, che le stesse possano essere erogate a carico del Servizio sanitario solo nel rispetto di determinate condizioni di erogabilità riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi;
14. Che il Ministero della Salute, circolare prot. n. 3012-P dd. 25.03.2016, ai punti 2 e 2.1 ha fornito ai medici prescrittori ed ai medici specialisti le prime indicazioni necessarie all'applicazione del suddetto Decreto e che successiva circolare, prot. n. 15141-P dd. 16.05.2016, ha riportato i chiarimenti alla circolare prot. 3012 dd. 25.03.2016, punto 2.1, indicazioni per i medici specialisti;
15. Che la D.G.R. n. 951 del 27 maggio 2016 integra le situazioni previste al punto 6.2. dell'allegato alla DGR 2034/2015 e pone indicazioni per la prescrizione su ricetta rossa e/o dematerializzata al medico specialista della struttura privata accreditata convenzionata con il SSR;
16. Che le tariffe attualmente vigenti, salvo successive modifiche, distinte per tipologie di prestazioni erogate dalle strutture accreditate sono quelle definite nel nomenclatore regionale di cui alle DD.GG.RR. 531/2006 e s.m.i; 2989/2008; 1535/2009; 1977/2012; 2349/2012; 2431/2013; 915/2015 e 1971/16 relative alle prestazioni per l'attività di specialistica ambulatoriale, di diagnostica e laboratorio, di attività di ricovero e nel D.P.R. 252/2013 per le prestazioni di medicina sportiva;
17. Che qualora intervenissero ulteriori disposizioni di carattere nazionale o regionale e/o si verificasse la disponibilità di risorse derivanti dalla Legge Regionale n. 7/2009, di riservarsi la modifica dei tetti o dei termini di esecuzione del presente accordo;

Tutto ciò premesso, le parti come sopra individuate stipulano e sottoscrivono il presente contratto avente ad oggetto l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero e di prestazioni ambulatoriali/diagnostica strumentale/laboratorio per conto del SSR a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, con oneri da porre a carico del bilancio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste.

Articolo 1 Oggetto del contratto

La struttura si impegna ad erogare, in coerenza con i provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, a favore degli aventi diritto secondo la normativa statale e/o regionale vigente, nella sede indicata nei provvedimenti di autorizzazione e di accreditamento, le prestazioni inerenti alle seguenti branche specialistiche:

Ricovero e ambulatoriali:

- Medicina interna
- Chirurgia generale
- Urologia/Andrologia
- Oculistica
- Ginecologia
- Ortopedia e traumatologia

Ambulatoriali

- Dermatologia
- Neurologia
- Endoscopia
- Anestesia rianimazione e terapia del dolore
- Cardiologia

Diagnostica per immagini

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Ecocolordoppler
- Risonanza magnetica settoriale (artoscan) TRM
- TAC



Articolo 2
Volume di prestazioni erogabili e limiti di spesa

1. Considerato quanto esplicitato in premessa e nel precedente art. 1 e, per effetto dell'art. 9 quater, comma 7 del D.L. 19 giugno 2015, n. 78 convertito con Legge 6 agosto 2015, n. 125, la struttura e l'Azienda convengono che il volume di prestazioni erogabili, nell'anno 2016, dalla struttura non potrà superare il tetto massimo di € 7.469.669,57;
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i volumi minimi di attività, differenziati per branca specialistica, come di seguito indicato:

<u>Attività di ricovero</u> Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni	Budget indicativo
CHIRURGIA GENERALE	Chirurgia neoplastica, chirurgia addominale, chirurgia proctologica, chirurgia flebologica	400	€ 5.221.000,00
ORTOPEDIA	Protesi anca/ginocchio, artroscopia (meniscectomia, LCA), chirurgia del piede, chirurgia della mano, chirurgia della spalla	400	
UROLOGIA	TURP, TURV, chirurgia prostatica, chirurgia vie urinarie	250	
GINECOLOGIA	ISC, RCU, chirurgia ginecologica	100	
MEDICINA GENERALE	Medicina interna	5	
OCULISTICA	Cataratta	4	

Attività ambulatoriale (volumi minimi prenotabili a CUP):

						Budget indicativo
	prestazione	n° prestazioni	priorità (B)	priorità (D)	priorità (P)	€ 2.248.669,57
Chirurgia	ECD arti venosi/arteriosi	3.400	100	50	150	
	ECD vasi epiaortici		50	50	1.750	
	Prima visita chir. vascolare		50	50	200	
	Visite chirurgiche interventi minori altre prestazioni					
Ortopedia	Prima visita	1.500	200	100	1.110	
	Chirurgia minore della mano					
	Terapia infiltrativa altre prestazioni					
Urologia	Prima visita	1.800	250	250	850	
	ECO trans rettali					
	Biopsia prostata e altre prestazioni					
Ginecologia	Prima visita	2.000	100	50	750	
	ECO TV				40	
	Pap Test e altre prestazioni					

Oculistica	Prima visita	5.000	250	400	4.000
	Fundus		109		
	Tonometria				
	Perimetria				
	Interventi sul cristallino altre prestazioni				
Dermatologia	Prima visita	2.500	100	400	1.600
	DTC				
	Trattamenti chirurgici minori e altre prestazioni				
Neurologia	Prima visita	2.000		100	400
	EMG		50	50	800
	Test diagnostici altre prestazioni				
Cardiologia	Prima visita	2.500	200	250	800
	ECG		720		
	ECOcardiografia			50	320
	Holter		160		
	Test da sforzo altre prestazioni				
Endoscopia	Colonscopia	600	50	50	200
	Gastro con o senza biopsia		100	100	100
Terapia del dolore	Visite	500			
	Terapia antalgica altre prestazioni				
Diagnostica per immagini	Mammografia mono e bilaterale	2.200	300	200	1.200
	Radiologia tradizionale con o senza MdC	500			
	Ecografie totali	4.500			
	addome		300	200	1.800
	mammella		100	100	500
	capo e collo altre prestazioni		50	50	50
TC totali	1.150				
TC torace, addome, capo...		100	70	900	
	RMN muscoloscheletrica	500	150	150	200

3. La struttura garantisce l'effettuazione delle prestazioni previste dal tariffario regionale e che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indicati dalle norme nazionali e regionali in materia;
4. La struttura si impegna a non effettuare compensazioni tra le diverse tipologie di branche specialistiche, fatto salvo un eventuale accordo con l'Azienda che deve essere comunicato alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale salute);
5. La struttura si impegna a comunicare alla Direzione centrale salute uno spostamento di budget, fra attività di ricovero ed ambulatoriale, qualora fosse superiore al 5% di quello complessivo assegnato annualmente alla struttura; per valore inferiore è sufficiente un accordo fra la struttura e l'Azienda, che provvederà ad informare la Direzione centrale salute;

6. La struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto e a prevedere una turnazione delle chiusure tra le strutture private accreditate in concomitanza delle festività natalizie e delle ferie estive (dicembre e agosto), in modo da evitare la contemporanea chiusura nello stesso periodo;
7. La struttura si impegna a trasmettere su supporto informatico i reports mensili dell'attività dell'anno in corso, suddivisi per codice di attività;
8. Le attività di ricovero prestate per i cittadini provenienti da altre Regioni vengono riconosciute alla tariffa TUC. In mancanza di analoga tariffa per la specialistica ambulatoriale, la stessa verrà corrisposta in base a quanto effettivamente riconosciuto dalla Regione di provenienza del paziente;
9. Eventuali accordi con altre Regioni sui flussi di mobilità extraregionale possono essere considerati ai fini dei conguagli definitivi.

Articolo 3

Condizioni per l'erogazione delle prestazioni sanitarie

1. La struttura si impegna a garantire i volumi minimi di offerta a CUP sulle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio regionale con priorità "B" e "D" riportati in tabella e l'offerta potrà essere oggetto di rimodulazione aziendale, qualora, a seguito di monitoraggio, i tempi di attesa presentassero sforamenti. I volumi previsti dal presente accordo sono da intendersi come volumi annui ed andranno quindi riproporzionati sui mesi di attivazione degli appuntamenti in priorità;
2. La struttura si impegna a mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relativi alle prestazioni oggetto del presente contratto;
3. La struttura garantisce che l'attività oggetto del presente contratto verrà svolta impiegando personale in possesso dei prescritti titoli abilitanti e che non si trovi in situazioni di incompatibilità;
4. L'eventuale accertamento di situazioni di incompatibilità determina gli effetti previsti dall'art. 1, comma 19, della legge n. 662/1996, qualora la struttura non provveda ad eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
5. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale salute, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
6. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione centrale salute, per gli adempimenti di competenza;
7. La struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione centrale salute i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione;
8. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
9. Ferma restando l'erogazione interna di prestazioni di medicina di laboratorio, la struttura si impegna a trasmettere alla Direzione centrale salute i documenti relativi agli accordi con laboratori esterni per l'acquisto di prestazioni analitiche, con i riferimenti agli standard di qualità assicurati;
10. Per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di accessibilità alle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale definiti con DGR 1363/2015 e DGR 2034/2015 le strutture private accreditate si impegnano, con particolare riguardo alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e a quelle prenotabili on line da parte del cittadino, a mantenere sempre aperte le agende di prenotazione CUP;
Le agende devono risultare sempre aperte con disponibilità in qualsiasi giorno dell'anno solare e con almeno 12 mesi successivi di offerta di prenotazione;

~~Il verificarsi di motivate e riconosciute situazioni che impediscono l'erogazione di una prestazione, la sospensione dell'agenda o la prenotabilità per periodi temporali inferiori all'anno devono essere concordate con la Direzione Sanitaria dell'Azienda;~~

La prenotabilità delle prestazioni "B" e "D" entro i tempi massimi stabiliti (Brevi entro 10 giorni, Differite entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le indagini strumentali) sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza dell'Azienda.

Articolo 4

Controlli e debito informativo

1. La struttura si impegna a trasmettere all'Azienda ogni flusso informativo per ciascuna prestazione effettuata secondo la modalità e i tempi previsti dalle disposizioni statali e regionali;
2. L'Azienda, come indicato dalla DGR n° 299 dd. 20/02/2015 si attiva per mettere a disposizione delle strutture che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale le agende informatizzate (G2 Strutture) e le prenotazioni su CUPWEB (G3 Sportello) con la supervisione e il supporto all'autonoma attività gestionale e di prenotazione da parte della propria Direzione del CUP;
3. L'Azienda può chiedere informazioni e documentazione ed attivare verifiche sulle prestazioni erogate dalla struttura con le modalità previste dalla specifica normativa di settore;




4. L'Azienda può effettuare i controlli anche mediante sopralluoghi presso le sedi operative della struttura per verificare il rispetto dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa definite dalla normativa statale di riferimento e dai provvedimenti regionali attuativi;
5. Il mancato o incompleto adempimento del debito informativo determina una diffida ad adempiere entro il termine di 30 giorni; il mancato adempimento dopo il decorso di tale termine può essere causa di risoluzione anticipata del contratto;
6. L'Azienda trattiene le eventuali penalizzazioni disposte nell'ambito del controllo delle prestazioni.

Articolo 5 Rendicontazione e liquidazione dei corrispettivi

1. Gli erogatori privati saranno remunerati secondo quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo di cui alla D.G.R. n. 27/2014;
2. Alla luce delle indicazioni della DGR n. 1321/2014, nell'allegato alla nota della DIR. SAN n. 28078/GEN.I.2.A, dd. 04.06.2015, sono riportate le modalità per l'esecuzione, da parte dell'Azienda, delle liquidazioni delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale;
3. Relativamente alle fatture, le spese di bollo sono a cura e a carico della struttura erogante.

Articolo 6 Decorrenza e durata

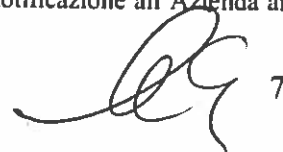
1. Il presente contratto ha durata per l'anno 2016, con decorrenza a partire dal 01 gennaio 2016 e scadenza al 31 dicembre 2016;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2017, il contenuto del presente contratto si intende provvisoriamente confermato;
3. Le clausole del presente contratto possono essere modificate per effetto dell'entrata in vigore di disposizioni di legge, statale o regionale, aventi carattere imperativo;
4. Il presente contratto è redatto in triplice copia, una per la struttura e due per l'Azienda, che ne trasmetterà una copia alla Direzione centrale.

Articolo 7 Risoluzione anticipata del contratto

1. Il presente contratto si risolve di diritto in caso di revoca dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale salute;
2. Il contratto si intende risolto, su comunicazione dell'Azienda, qualora la struttura realizzi una o più delle seguenti fattispecie che si configurano come grave inadempimento:
 - mancato adempimento degli obblighi informativi, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto;
 - inosservanza dell'obbligo di conservazione e custodia della documentazione prevista dalla normativa sulle prestazioni erogate;
 - impedimento ai controlli esercitati dall'azienda e previsti nel Piano Controlli regionale, ai sensi dell'art. 4 del presente contratto, decorso il termine di 30 giorni della diffida ad adempiere;
 - interruzione delle prestazioni per esaurimento del budget;
3. L'inadempimento della struttura determina il diritto dell'Azienda e della Regione al risarcimento dei danni.

Articolo 8 Incedibilità del contratto e cessione dei crediti

1. La struttura si impegna ad eseguire personalmente le prestazioni oggetto del presente contratto e, pertanto, il presente contratto non può essere ceduto in tutto o in parte;
2. La successione nella titolarità del contratto può avvenire solo a seguito del trasferimento della titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, alle condizioni previste dai provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e di accreditamento, nonché dall'art. 6 dell'Accordo approvato con la D.G.R. n. 27/2014;
3. L'eventuale cessione dei crediti derivanti dal presente contratto, ha efficacia dalla sua notificazione all'Azienda ai sensi dell'art. 1264 c.c..



Articolo 9
Registrazione

Il presente atto è soggetto a registrazione in caso d'uso. Le spese di bollo sono a carico di chi richiede la registrazione.

Articolo 10
Foro competente

Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

Articolo 11
Norma di rinvio

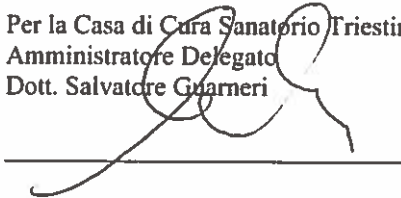
Per ogni aspetto non disciplinato dal presente contratto si fa rinvio alle norme del codice civile e alla normativa di settore.

FIRMATO

Per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria
Il Direttore Generale
Dott. Nicola DELLI QUADRI



Per la Casa di Cura Sanatorio Triestino s.p.a.
Amministratore Delegato
Dott. Salvatore Guarneri



Prot. n. 4995 / T. GEN. II. 3. C. 2
61870 / T. GEN. II. 3. C. 2

dd. 21.12.16