

ACCORDO

**- ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 -
tra l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" e Pineta del Carso
S.p.A Casa di Cura, per l'acquisto e l'erogazione di prestazioni di ricovero,
di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio
anno 2015**

.....

L'anno 2015, il giorno 11, del mese di dicembre, in TRIESTE

TRA

L'AZIENDA per l'ASSISTENZA SANITARIA n. 1 - Triestina, di seguito Azienda, con sede a Trieste, via Giovanni Sai, n. 1-3, Partita IVA 01258370327, in persona del Commissario Straordinario e legale rappresentante pro tempore Dott. Nicola DELLI QUADRI,

E

La PINETA DEL CARSO s.p.a. Casa di Cura, con sede legale a Duino-Aurisina, viale Stazione 26, P.I. 00051070324, in persona del legale rappresentante, amministratore delegato sig. Alberto VISINTIN, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76, del D.P.R. n. 445/2000, di non essere stato condannato 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 la Casa di Cura PINETA DEL CARSO S.p.a., di seguito Struttura, è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria con provvedimento Prot. 8163-11/GEN.IV.1.D.6 dd.23/02/2011, rilasciato dall'allora Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina;
2. Che alla predetta struttura è stata concessa l'autorizzazione/accreditamento definitivo con riserva per l'attività Hospice - dotazione di 20 posti letto - con scadenza finale al 19.02.2017, in corrispondenza dei termini assegnati alla struttura per l'adeguamento dei requisiti, di cui al decreto n. 222/DC, d.d. 11 marzo 2014;
3. Che alla predetta struttura è stato concesso il rinnovo dell'accREDITAMENTO con riserva, di cui al decreto n. 527/SPS del 16.07.2015 fino al 01.07.2016, nelle sedi operative a Duino-Aurisina (TS), viale Stazione 26 e a Trieste, Molo F.lli Bandiera 1 (Piscina Acquamarina), a favore di assistiti della Regione FVG e di altre Regioni, con la seguente dotazione di posti letto e nelle branche specialistiche afferenti alle rispettive sedi operative:

a) Sede operativa di Duino - Aurisina:

- Branche specialistiche di degenza e ambulatoriali:
 - Pneumologia/fisiopatologia respiratoria (12 pl per attività di degenza, di cui 4 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);
 - Riabilitazione (96 pl per attività di degenza, di cui 4 pl esclusivamente per attività privata o extraregionale);
- Diagnostica per immagini di primo e secondo livello, per l'erogazione di prestazioni di radiologia tradizionale, ecografia, mammografia e risonanza magnetica articolare (settoriale);
- Medicina di laboratorio (laboratorio e punto prelievi);
- Branche specialistiche ambulatoriali: Cardiologia, Dermatologia, Neurologia;

b) Sede operativa di Trieste (Piscina Acquamarina):

- Branca specialistica ambulatoriale: Riabilitazione.



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 suddetta D.G.R. stabilisce che i budget utilizzati nel 2012 per le attività analitiche di laboratorio dovranno progressivamente essere riversati su attività per le quali sono alti i tempi di attesa oppure è elevata la fuga extraregionale;
8. 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;
9. Che con Decreto n. 211 dd. 19.05.2015 del Commissario Straordinario dell'Azienda, si è preso atto dell' "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, ridistribuite fra gli Enti per quota capitaria delle nuove A.A.S., come da LR n. 17 dd. 16.10.2014 per l'anno 2015", sottoscritto in data 14.05.2015;
10. Che, ai fini del presente accordo, si richiamano le note della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (di seguito Direzione centrale salute), prot. n. 8161/P dd. 23.04.2015 e n. 12484/P, dd. 08.07.2015, nelle quali viene specificato che la tariffa da applicare per le degenze in Hospice è quanto riportato nella DGR 3529/2003, "L.R. 49/1996, art. 12: linee per la gestione del servizio sanitario regionale 2004" (capitolo 4: indirizzi per la gestione) e quantificata in euro 260,00 per ogni giornata di degenza;
11. Che in proposito, come stabilito nelle note di cui al punto 10, è compresa nei tetti della presente convenzione la fornitura dei farmaci di fascia A ed i presidi sanitari in analogia a quanto in atto nelle RSA e nelle strutture di residenza per anziani;
12. 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 e 915/2015, 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;
13. 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 2015, rideterminando il valore degli stessi in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua, da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014.

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 per l'assistenza sanitaria.

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 le seguenti branche specialistiche:

Ricovero e ambulatoriali

- Pneumologia/fisiopatologia respiratoria
- Riabilitazione (sede Aurisina e piscina Acquamarina - TS)




Ambulatoriali

- Cardiologia
- Dermatologia
- Neurologia
- Riabilitazione
- Medicina di Laboratorio

Diagnostica per immagini di I° e II° livello

- Radiologia tradizionale
- Ecografia
- Mammografia
- Risonanza Magnetica articolare

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 dalla struttura, nell'anno 2015, non potrà superare il tetto massimo di **€13.002.861,83**;
2. Fermo restando quanto determinato al precedente comma 1, la struttura si impegna a realizzare i volumi di attività differenziati per branca specialistica come di seguito indicato:

Attività di ricovero
Branca specialistica

Tipologia prestazioni

Numero
minimo
prestazioni

Budget
indicativo

Attività di ricovero Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni	Budget indicativo
RIABILITAZIONE	Riabilitazione (Neuromotoria/Cardiologica/Respiratoria)	950	€ 10.472.318,00
	Pneumologia riabilitativa/Fisiopatologia respiratoria	150	
	Altri ricoveri (Hospice/Disabili Gravi)	300	

3. Prosegue l'attività di Hospice, fatte salve diverse indicazioni regionali. La disponibilità di 20 posti letto dovrà garantire le cure palliative, indipendentemente dalla patologia iniziale. Sono esclusi solo i pazienti con insufficienza renale, che necessitano di emodialisi.
Si conferma la messa a regime delle attività cosiddette "di sollievo" o legate a "fasi acute", (a supporto della chemioterapia ambulatoriale, di ricoveri ripetuti nel medesimo paziente, alternati a periodi di rientro a domicilio, ecc.). Tali funzioni verranno per semplicità definite "Funzione respiro", intendendo con questo termine il supporto estemporaneo offerto alle famiglie.
L'invio dei pazienti è regolato dalla Unità di Valutazione Distrettuale, sulla base di accordi operativi tra le parti interessate. Sono previsti almeno 4 incontri di audit nel corso dell'anno per valutare l'appropriatezza degli invii e dell'utilizzazione delle risorse.
4. La Struttura si impegna a garantire un periodo di ricovero riabilitativo di 15 giorni, dove prioritarie saranno le prestazioni di idrokinesiterapia, ad un numero massimo annuo di 15 persone, con disabilità importanti e stabilizzate, inviate dai fisiatristi dei distretti, che declinano il progetto riabilitativo e le prestazioni da effettuarsi.

Attività ambulatoriale Branca specialistica	Tipologia prestazioni	Numero minimo prestazioni	Budget indicativo
CARDIOLOGIA	Visite, ECG, altre prestazioni diagnostiche	5.000	€ 2.530.543,83
	ECColor Doppler	2.000	
DERMATOLOGIA	Visite, altre prestazioni	4.000	
FISIATRIA	Visite (prima visita, controllo)	1.500	
FKT	Prestazioni (rieducazione motoria individuale 30' e 60', esercizi posturali, training deambulatori e del passo...)	10.000	
	Idrokinesiterapia	4.000	
	Prestazioni strumentali	1.000	
PATOLOGIA CLINICA	Come indicato nella D.G.R. n. 27, dd. 10.1.2014	55.000	
NEUROLOGIA	Visite, EMG	7.250	
PNEUMOLOGIA	Visite, prestazioni	4.500	
	Polisonnografia	200	
DIAGNOSTICA per IMMAGINI	Ecografia	6.000	
	Rx tradizionale	3.500	
	Mammografia	1.300	
	RMN	4.000	

5. 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.
6. Primariamente la struttura è tenuta all'esecuzione delle prestazioni, di cui alla precedente tabella, richieste dai fisiatristi delle Strutture Semplici Dipartimentali di Riabilitazione dei Distretti. Tale attività è prioritaria e il relativo fondo può essere incrementato a scapito di quello residuale lasciato a disposizione dei medici di famiglia, qualora le richieste dei Distretti fossero superiori alle previsioni. Il fondo a disposizione dei Distretti determina una specifica agenda di prenotazioni, che non può mai essere chiusa. Qualora il fondo messo a disposizione dei Distretti non fosse completamente utilizzato, il residuale potrà essere utilizzato a copertura delle prescrizioni dei MMG e degli ortopedici AUOTS.
7. Le prestazioni di idrokinesiterapia, in regime di convenzionamento con il SSR, saranno effettuate solamente su prescrizione dei medici fisiatristi dei Distretti per AAS n. 1, del fisiatra ospedaliero e dei fisiatristi di Pineta del Carso.
8. La struttura si impegna ad effettuare le visite fisiatriche (prime visite e visite di controllo), su prenotazione CUP le prime visite, per un ammontare complessivo di 1.500 nell'arco dell'anno e le prestazioni riabilitative derivanti dovranno essere effettuate presso la propria struttura, pur nella libera scelta dell'assistito.
9. In base ai criteri di appropriatezza le prestazioni richieste dai medici prescrittori, come "brevi" (codice "B"), devono essere erogate entro 10 giorni, quelle "differite" (codice "D") entro 30 giorni.
10. Per fratture con disabilità minimali segmentarie (es: fratture di polso), al medico specialista ortopedico ospedaliero, qualora ritenuto di dover attivare rapidamente un percorso riabilitativo, è data facoltà di prescrivere esclusivamente la prestazione di rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale -codice 93.11.4.
11. 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.
12. 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.
13. La struttura si impegna a riversare progressivamente i budget utilizzati nel 2012 per le attività analitiche di laboratorio in attività per le quali sono alti i tempi di attesa oppure è elevata la fuga extra-regionale, ferma restando l'erogazione interna delle prestazioni urgenti.
14. La struttura, previa disponibilità del collegamento con il modulo di accettazione Insiel ed allo scopo di ridurre il volume di budget impiegato nelle attività laboratoristiche, si impegna a far analizzare i campioni biologici dei pazienti in regime di convenzione con il S.S.R. presso il laboratorio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria OORR TS.
15. Al fine del contenimento della spesa farmaceutica e sulla base del prontuario aziendale, la Struttura si rende disponibile ad un accordo con l'Azienda per dare continuità alla distribuzione diretta dei farmaci, così come avviata negli anni precedenti, rafforzando l'impegno ad incrementare l'erogazione del primo ciclo terapeutico completo ad almeno il 90 % dei soggetti alla dimissione dal ricovero.

16. La struttura si impegna a programmare la propria attività in modo da garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni nei confronti degli aventi diritto.
17. 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.
18. 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 mantenere tutti i requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi, generali e specifici, di autorizzazione e di accreditamento, relativi alle prestazioni oggetto del presente contratto;
2. 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;
3. 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 al eliminarle entro 30 giorni dal ricevimento della diffida da parte dell'Azienda;
4. La revoca o la sospensione dell'accreditamento, disposta con decreto della Direzione centrale, determina la risoluzione o la sospensione del presente contratto;
5. L'accertamento della non conformità ai requisiti di autorizzazione e/o di accreditamento determina la relativa comunicazione alla Direzione centrale, per gli adempimenti di competenza;
6. La struttura si impegna a comunicare all'Azienda e alla Direzione centrale i periodi di sospensione di attività da qualsiasi causa determinate, specificandone la motivazione;
7. La struttura si impegna a mantenere per i propri dipendenti l'applicazione del CCNL di categoria per tutta la durata del contratto;
8. 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 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.

Per quanto riguarda 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), la prenotabilità entro i tempi massimi sarà garantita nei confronti dei residenti/domiciliati nel territorio di competenza della AAS 1 "Triestina".

Articolo 4
Controlli e debito informativo

1. La struttura si impegna a trasmettere all'Azienda il flusso SDO, nonché ogni ulteriore 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 attiverà 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 compatibilmente con le operazioni di competenza dell'INSIEL;
3. L'Azienda effettuerà controlli sulla qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie nei confronti degli erogatori pubblici e privati con verifiche condotte su SDO e cartelle per l'appropriatezza del setting assistenziale del ricovero, sul rispetto dei tempi di attesa, sulle prioritizzazioni delle prestazioni ambulatoriali definite a livello regionale e/o aziendale, sulla corretta indicazione delle esenzioni e su quanto definito nell'allegato alla DGR n. 1321, dd. 11.07.2014;
4. 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 determinare la risoluzione anticipata del contratto.

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. In aderenza alle indicazioni di cui alle note della Direzione Centrale Salute n. 8161/P dd. 23.04.2015 e n. 12484/P dd. 08.07.2015 l'Azienda riconosce alla Struttura Pineta del Carso limitatamente all'attività dell'Hospice, oltre alla tariffa fissata per giornata di degenza, ammontante a € 260,00, il rimborso a cadenza semestrale dei costi da questa sostenuti per i farmaci di fascia A ed i presidi sanitari, in analogia a quanto in atto nelle RSA e nelle strutture di residenza per anziani. Tale modalità potrà essere oggetto di revisione nel corso o nelle more della stipula del successivo accordo per il 2016.
3. 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 della AASI Triestina, delle liquidazioni delle prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero e ambulatoriale.
4. 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 2015, con decorrenza a partire dal 01 gennaio 2015 e scadenza al 31 dicembre 2015;
2. Fino alla stipula del successivo contratto, che decorre dal 01 gennaio 2016, 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;
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

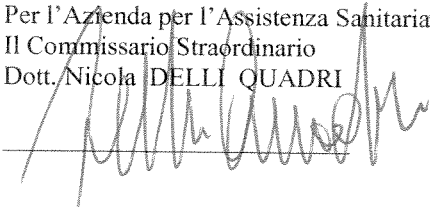
Le parti stabiliscono che per ogni eventuale e futura controversia derivante dal presente contratto è competente il foro di Trieste.

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

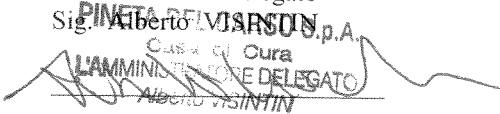
Per l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria
Il Commissario Straordinario
Dott. Nicola DELLI QUADRI



Per Pineta del Carso s.p.a Casa di Cura
Amministratore delegato

Sig. Alberto VISINTIN, p.A.

Casa di Cura
AMMINISTRATORE DELEGATO
Alberto VISINTIN



Prot. n. 60284/GEN. u. 3.C.2 dd. 21/12/15