



<b>Politica di credito e riscossione per i pazienti</b>	<b>RC-002</b>
<b>Andamento ciclico dei ricavi, Penn State Health</b>	<b>In vigore da: 11/5/2017</b>

## **FINALITÀ**

Definire linee guida chiare e coerenti per lo svolgimento di attività di addebito, riscossione e recupero crediti in modo da favorire la conformità, la soddisfazione dei pazienti e l'efficienza. Attraverso una serie di resoconti delle spese, comunicazioni scritte e telefonate, Penn State Health (PSH) si impegna a informare i pazienti/garanti delle loro responsabilità finanziarie e delle opzioni di sostegno finanziario disponibili, oltre a seguire i pazienti/garanti in merito alle spese da affrontare, assicurando la massima trasparenza nella continuità dell'assistenza finanziaria a scopo terapeutico. La presente politica è conforme ai requisiti definiti nella Sezione 501(r) dell'Internal Revenue Code (Codice di diritto tributario).

## **AMBITO DI APPLICAZIONE**

Personale addetto alla registrazione e alla fatturazione, consulenti finanziari

## **DEFINIZIONI**

**Utilizzo di agenzie:** Le agenzie di riscossione esterne sono addette alla riscossione dei crediti inesigibili. Affinché un credito venga definito inesigibile, deve essere trascorso un periodo di nove mesi nel corso del quale non è stato possibile procedere alla riscossione da parte di un'agenzia di riscossione primaria o secondaria.

**Resoconto delle spese o resoconto:** Resoconto spese per i servizi offerti. Può essere un riepilogo delle attività o un rendiconto dettagliato delle spese, con l'indicazione dei singoli addebiti sul conto di un paziente.

## **Data della prestazione:**

- Data della prestazione offerta a un paziente ricoverato, ossia la data di dimissione del paziente dall'ospedale.
- Data della prestazione offerta a un paziente esterno o ambulatoriale, ossia la data della procedura o la data in cui il paziente riceve le cure mediche.

**Servizi diagnostici** – Servizi o procedure necessari per determinare la causa di una malattia o di un disturbo. Le cure mediche diagnostiche prevedono il trattamento o la diagnosi di un problema a carico di un paziente mediante il monitoraggio di un problema esistente, la verifica di nuovi sintomi o il follow-up delle anomalie riscontrate nei risultati degli esami. I servizi diagnostici indicano agli operatori sanitari la gravità o la causa delle patologie nei pazienti.

**Servizi o procedure facoltative** – Servizi o procedure non necessari da un punto di vista medico, secondo il parere del personale medico di PSH.

**Quadro clinico di emergenza** – Quadro clinico che si presenta con sintomi di una gravità tale (incluso il dolore acuto) da indurre una qualunque persona in possesso di conoscenze basilari in ambito medico a ritenere che in assenza di un intervento medico immediato la salute del soggetto (o, nel caso di una donna in gravidanza, la salute della donna o del nascituro) possa essere in grave pericolo, con una grave compromissione delle sue funzioni corporee o una grave disfunzione di un organo o di una parte del suo corpo.

**Interventi d'emergenza:** Cure offerte a un paziente che presenta un quadro clinico di emergenza definito come segue:

- Quadro clinico che si presenta con sintomi acuti di gravità tale (ad esempio, dolore acuto, disturbi psichiatrici e/o sintomi da abuso di sostanze, ecc.) che è ragionevole ritenere che in assenza di un intervento medico immediato potrebbe verificarsi una delle seguenti opzioni:
  - Grave rischio per la salute del soggetto (o, nel caso di una donna in gravidanza, per la salute della donna e del nascituro); o
  - Grave compromissione delle funzioni corporee; o
  - Grave disfunzione di un organo o di una parte del corpo;
  - Per una donna in gravidanza con contrazioni in corso, mancanza del tempo necessario per effettuare un trasferimento in sicurezza presso un altro ospedale prima del parto o grave rischio per la salute o la sicurezza della donna o del nascituro in caso di trasferimento.

**Garante:** Soggetto finanziariamente responsabile per la copertura delle spese di un paziente. Nel caso di un adulto o di un minore emancipato, di solito il paziente fa da garante a se stesso. In genere, i minori di età inferiore a 18 anni non vengono indicati come garanti. Tutti i servizi offerti a un minore verranno addebitati a un genitore o a un tutore legale a cui è affidato il minore, a meno che non si tratti di un minore emancipato.

**Necessario dal punto di vista medico:** Tutti i servizi di assistenza sanitaria che un medico, a seguito di una valutazione clinica accurata, prevede di offrire a un paziente allo scopo di prevenire, valutare, diagnosticare o trattare una patologia, una lesione, una malattia o i suoi sintomi, e che siano:

- Conformi agli standard di prassi medica generalmente accettati
  - Per le presenti finalità, per “standard di prassi medica generalmente accettati” si intendono gli standard basati su prove scientifiche credibili pubblicate nella letteratura medica in peer-review e generalmente riconosciute dalla comunità medica o comunque coerenti con gli standard definiti in merito alle valutazioni cliniche.
- Clinicamente appropriati, in termini di tipologia, frequenza, portata, posizione e durata, e considerati efficaci per la patologia, la lesione o la malattia del paziente.
- Non fondamentali in termini di praticità per il paziente, il medico o un altro operatore sanitario, e non più costosi di un servizio o una serie di servizi alternativi che possano produrre risultati terapeutici o diagnostici almeno equivalenti nella diagnosi o nel trattamento della patologia, della lesione o della malattia del paziente.
- I servizi, le prestazioni o le procedure considerate sperimentali saranno valutate caso per caso.

**Servizi o procedure non soggetti a copertura o sperimentali** – Servizi o procedure definiti come segue:

- Servizi o procedure sperimentali – Servizi medici, procedure o farmaci non approvati per un uso generico, ma la cui sicurezza ed efficacia sono in fase di sperimentazione nell'ambito di appositi studi clinici. I servizi, le procedure e i farmaci sperimentali devono essere utilizzati per diagnosticare malattie o altre patologie o per curare, alleviare, trattare o prevenire le malattie.
  - Quando vengono sviluppati protocolli di trattamento per servizi sperimentali, PSH collabora con i soggetti paganti per illustrarne la necessità medica.
- Servizi o procedure non coperte – Servizi o procedure mediche non coperte dal programma assicurativo del paziente.

**Responsabilità del paziente:** Qualsiasi debito per cui la parte finanziariamente responsabile è costituita dal paziente o dal garante del paziente (non un terzo pagatore).

- Rinvio delle cure – PSH può decidere di rinviare servizi o procedure non di emergenza per i pazienti che si rifiutano sistematicamente di fornire impegni ragionevoli in termini di responsabilità per le cure offerte. Le cure che rientrano nella politica EMTALA sono escluse.

**Servizi di cure primarie o specialistiche** – Servizi o procedure offerti ai pazienti che arrivano in ospedale per richiedere cure mediche non di emergenza o non urgenti o desiderano sottoporsi a ulteriori cure in seguito alla stabilizzazione di un quadro clinico o successivamente a una condizione di emergenza. I servizi o le cure primarie o specialistiche previsti sono servizi o procedure mediche

primarie programmate in anticipo.

**Cure urgenti:** Cure offerte a un paziente che presenta un quadro clinico che non metta a rischio la sopravvivenza o la conservazione di un arto o che probabilmente non sia in grado di arrecare lesioni permanenti, ma che richiede cure e trattamenti urgenti, definiti dai Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), da somministrare entro 12 ore al fine di evitare quanto segue:

- Grave rischio per la salute del paziente o grave compromissione o disfunzione per il paziente; o
- Probabile insorgenza di una malattia o di una lesione che richiede servizi di emergenza, secondo la definizione offerta nel presente documento.

## **DICHIARAZIONI DELLA POLITICA E/O DELLE PROCEDURE**

PSH provvederà al pagamento delle spese mediche per tutti i pazienti, senza distinzioni in termini di razza, lingua madre, sesso, età, religione, grado di istruzione, attività lavorativa, status di studente, inclinazione, relazione, copertura assicurativa, posizione sociale o ulteriori fattori di discriminazione.

A ciascun paziente/garante verrà concesso un periodo di tempo ragionevole e una serie di informazioni utili per valutare le proprie responsabilità finanziarie. PSH si impegna a informare i pazienti/garanti delle loro responsabilità finanziarie prima della prestazione dei servizi nelle situazioni non di emergenza. PSH può posticipare o annullare le cure non di emergenza (definite dal personale medico di PSH) per i pazienti non in grado o non disponibili a sottoporsi a una verifica di approvazione finanziaria prima di un servizio facoltativo. I pazienti avranno l'opportunità di richiedere sostegno finanziario in conformità con la **Politica di sostegno finanziario PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.

L'approvazione finanziaria viene concessa ai pazienti che collaborano e superano tutte le fasi necessarie per assicurare la continuità dell'assistenza finanziaria senza eccezioni, mettendo a disposizione nello specifico:

- Dimostrazione della copertura assicurativa.
- Dati anagrafici corretti.
- Attestati di pagamento di tutte le spese vive (quote a carico, coassicurazioni, saldi deducibili e spese non soggette a copertura).
- Collaborazione con i consulenti finanziari al fine di ricevere indennità o sostegno finanziario da terzi.
- Pagamento di importi in sospeso per servizi di assistenza sanitaria ricevuti da PSH.

Se PSH non dovesse ricevere le informazioni necessarie per l'approvazione finanziaria, il conto del soggetto interessato potrebbe essere trasmesso a un'agenzia esterna che provvederà alla riscossione degli importi mancanti.

### **Spese a carico dell'assicurazione:**

La copertura assicurativa medica del paziente rappresenta un contratto tra il paziente, l'assicuratore e/o la società presso cui il paziente è dipendente. Penn State Health non fa parte di questo contratto. I pazienti hanno i seguenti obblighi:

- Essere a conoscenza dell'eventuale necessità di un'impegnativa per le visite ambulatoriali.
- Verificare presso l'assicuratore se gli esami prescritti sono previsti dalla politica di copertura medica.
- Contattare l'assicuratore per definire il programma di indennità e stabilire se è prevista una quota a carico del paziente o un saldo deducibile.
- Presentarsi agli appuntamenti con la documentazione necessaria.
- Contattare il nostro ufficio commerciale per contestare eventuali decisioni sfavorevoli.

In seguito alla somministrazione delle cure, si cercherà di evadere tempestivamente la richiesta di un paziente tramite la relativa assicurazione o un terzo pagatore (in base alle informazioni fornite o verificate dal paziente/garante o verificate adeguatamente da altre fonti).

- Se una richiesta altrimenti valida viene respinta (o non viene evasa) dal soggetto pagante a causa di un errore di PSH, PSH non addebiterà al paziente alcun importo oltre a quello che il paziente avrebbe dovuto versare qualora la richiesta fosse stata approvata.
- Se una richiesta altrimenti valida viene respinta (o non viene evasa) da un soggetto pagante per motivi non dipendenti da PSH, il personale contatterà il soggetto pagante o il paziente nelle modalità previste per provvedere all'assolvimento della richiesta.
- Se la richiesta non viene assolta dopo una serie di procedure di follow-up, PSH può addebitare le spese al paziente e intraprendere altre azioni in linea con le disposizioni dei contratti stipulati con il soggetto pagante.

### **Spese a carico del paziente:**

Qualsiasi importo residuo dopo l'assolvimento di una richiesta assicurativa verrà addebitato al paziente (o al garante) in base alla motivazione adottata per le indennità.

In assenza di un terzo pagatore (che sia un privato o un ente assicurativo), l'addebito sarà direttamente a carico dei pazienti. Tali pazienti pagheranno autonomamente per i servizi ricevuti. I soggetti in possesso dei requisiti non saranno tenuti a sostenere per le cure di emergenza o necessarie dal punto di vista medico altre spese oltre agli importi generalmente addebitati.

- Questi pazienti riceveranno le informazioni necessarie in merito alla politica di sostegno finanziario adottata da PSH. Vedere **Politica di sostegno finanziario - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- PSH presume che tutti i garanti/pazienti adotteranno ogni misura ragionevole e in buona fede per provvedere al rimborso per i servizi offerti da PSH.
- Inoltre, il garante/paziente deve fornire a PSH informazioni anagrafiche complete e corrette. Il mancato rispetto di questo obbligo può comportare la necessità di ricorrere ad azioni straordinarie di riscossione coatta.

Di seguito sono riportate le linee guida relative agli obblighi previsti per il paziente.

### **Responsabilità finanziaria del paziente per i servizi di assistenza sanitaria programmati:**

- Se durante la fase di programmazione o registrazione risulta che il paziente non dispone di copertura assicurativa sanitaria o ha una copertura limitata, i conti verranno trasferiti a un consulente finanziario.
  - I consulenti finanziari preparano preventivi per tutti i pazienti che lo richiedono.
  - Se un paziente dichiara di non essere in grado di pagare l'ammontare indicato nel preventivo delle responsabilità del paziente, i consulenti finanziari possono effettuare uno screening preliminare del paziente/garante per stabilire se è idoneo a partecipare a programmi governativi o a ricevere sostegno finanziario.
  - Ai soggetti ritenuti idonei a partecipare a programmi governativi o a ricevere sostegno finanziario verrà offerta la possibilità di presentare le relative richieste.
    - Il soggetto ha l'obbligo di fornire a PSH le informazioni finanziarie necessarie da indicare nella richiesta.
    - Tutti i pazienti che richiedono il sostegno finanziario a PSH dovranno fornire tutte le informazioni necessarie per certificare la propria insolvibilità.
  - I servizi non necessari dal punto di vista medico possono essere posticipati o annullati per i pazienti che non collaborano o non sono in grado di fornire a PSH le informazioni necessarie per certificare la propria solvibilità o necessità di sostegno finanziario.
    - La necessità medica verrà stabilita a discrezione dell'operatore e del personale medico di PSH. Fare riferimento alla definizione di "Necessario dal punto di vista medico" nella sezione Definizioni del presente documento.
      - I consulenti finanziari contatteranno gli operatori per invitarli a fornire ulteriori informazioni relative al quadro clinico del paziente e alla necessità di un intervento immediato. Verranno posticipati o annullati soltanto i servizi considerati non necessari dal punto di vista medico secondo quanto stabilito dal personale medico di PSH; vedere la [Procedura Rischio finanziario](#).
    - PSH continuerà a offrire i servizi necessari dal punto di vista medico, mentre i consulenti finanziari collaboreranno con il paziente ai fini dell'adempimento ai suoi obblighi finanziari.
  - Se un soggetto non è in possesso dei requisiti di idoneità per partecipare a programmi governativi o per ricevere sostegno finanziario, è disponibile l'opzione del pagamento mensile.
  - Se non verranno fornite le informazioni necessarie o non verrà definito un piano di pagamento rateale mensile, il conto del soggetto interessato potrebbe essere trasmesso a un'agenzia esterna che provvederà alla riscossione degli importi mancanti.
  - Pazienti con indirizzi all'estero - La politica di Penn State Health prevede la riscossione degli importi in sospeso al momento della prestazione del servizio per tutti i pazienti dotati di assicurazioni estere ricoverati in strutture non di lunga degenza; gli operatori con pazienti in strutture di lunga degenza devono raccogliere

tutte le informazioni rilevanti per poter addebitare al paziente i servizi offerti.

Dopo la prestazione dei servizi, gli importi per il garante e quelli per i pazienti che pagano autonomamente verranno addebitati al garante. Di seguito vengono riportate le linee guida relative alla procedura di resoconto delle spese.

### **Resoconti delle spese**

- Un resoconto dei servizi dell'ospedale e/o del medico viene inviato al paziente/garante durante almeno quattro cicli incrementali di addebito di trenta giorni.
- Tutti i pazienti/garanti possono richiedere un resoconto dettagliato in qualsiasi momento.
- Se un paziente contesta l'importo da pagare e richiede la documentazione relativa alle spese, il personale risponderà tempestivamente al paziente/garante e sospenderà il pagamento per almeno 30 giorni prima di procedere alla riscossione.
- I rappresentanti dell'ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi o i fornitori esterni possono provare a contattare il paziente/garante (per telefono, a mezzo posta, inviando un sollecito di pagamento o via e-mail) durante il ciclo di addebito delle spese per procedere con la riscossione o attivare il sostegno finanziario. I tentativi di riscossione vengono documentati nel conto del paziente nel sistema di fatturazione. Verrà intrapreso ogni tentativo ragionevole per contattare il garante/paziente in merito agli importi in sospeso.
- L'ultimo messaggio del resoconto delle spese indica che il conto può essere trasferito a un'agenzia di riscossione esterna qualora il pagamento non venga effettuato entro 30 giorni dalla data della lettera.
- I conti dei pazienti e dei garanti attivamente impegnati nei servizi finanziari per i pazienti di PSH o i fornitori, in base a quanto stabilito da PSH in merito al sostegno finanziario non potranno essere trasferiti ad agenzie di riscossione.
- I pazienti/garanti continueranno a ricevere resoconti delle spese pur essendo attivamente impegnati nei servizi finanziari per i pazienti di PSH o i fornitori e anche se hanno inoltrato una richiesta di sostegno finanziario.

Il paziente/garante ha l'obbligo di agire in buona fede e intraprendere tutte le azioni necessarie per provvedere al pagamento dei servizi offerti da PSH. I pazienti che non desiderano richiedere l'assistenza pubblica, non sono in possesso dei requisiti necessari per ricevere il sostegno finanziario o superano i limiti di reddito e necessitano di assistenza per il pagamento dei servizi possono richiedere un piano di pagamento. Di seguito sono riportate le linee guida per la definizione di un piano di pagamento.

### **Piani di pagamento**

- PSH offre la possibilità di definire un piano di pagamento se un paziente/garante non è in grado di sostenere interamente le proprie spese e non è idoneo a ricevere il sostegno finanziario.
- Il piano di pagamento viene definito in base all'importo in sospeso da saldare e deve essere completato entro un periodo di tempo ragionevole stabilito dalla dirigenza di PSH (6-24 mesi); vedere [Linee guida per il piano di pagamento](#).
- I soggetti che non hanno definito formalmente un piano di pagamento con PSH possono

- essere soggetti a un'ulteriore riscossione da parte di un'agenzia di riscossione esterna.
- I soggetti devono effettuare puntualmente i pagamenti mensili.
- Un conto risulta in mora quando il paziente/garante non effettua il pagamento mensile concordato entro 30 giorni dalla data del resoconto. I conti in mora possono essere soggetti a un'ulteriore riscossione da parte di un'agenzia di riscossione esterna.
- Se un paziente/garante prevede di non essere in grado di provvedere al pagamento o il reddito del nucleo familiare è cambiato, il soggetto può richiedere il sostegno finanziario; vedere **Politica di sostegno finanziario - PFS- 051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)**.
- PSH può provvedere all'ulteriore riscossione degli importi in mancanza di azioni ragionevoli da parte del paziente o del garante per il pagamento dell'importo in sospeso. Potrebbero non essere state fornite, tra l'altro, le informazioni necessarie per completare la procedura di sostegno finanziario o il piano di pagamento di cui sopra. Di seguito sono riportate le linee guida per le azioni di riscossione straordinarie.

### **Azioni straordinarie di riscossione coatta**

- **Agenzie di riscossione esterne** - PSH non effettua il trasferimento dei conti per la riscossione esterna né procede con un'azione di riscossione straordinaria se non dopo aver intrapreso le azioni necessarie per stabilire se il paziente è idoneo a ricevere il sostegno finanziario.
  - PSH invierà una serie di comunicazioni durante un periodo minimo di 120 giorni dalla data del primo resoconto delle spese.
  - I conti verranno rettificati dopo il trasferimento all'agenzia di riscossione.
- **Recupero di crediti** - Le agenzie di riscossione esterne presentano i conti ad agenzie di recupero di crediti esterne. Nell'ambito di tutte le attività di riscossione, PSH e le agenzie di riscossione esterne dovranno osservare la legge sulle prassi di riscossione equa dei debiti (Fair Debt Collection Practices Act) e la legge per la tutela degli utenti telefonici della Commissione federale del commercio (Federal Trade Commission Telephone Consumer Protection Act) e le norme 501(r).
- **Indirizzo del garante non corretto (Bad Guarantor Address, BGA)** – PSH intraprenderà tutte le azioni necessarie per fornire una risposta per tutti i resoconti dei pazienti rinviati al mittente dall'ufficio postale degli Stati Uniti (United States Post Office, USPS) perché non recapitabili. I conti che hanno le informazioni anagrafiche più aggiornate indicate con la dicitura BGA possono essere trasferiti a un'agenzia esterna come crediti inesigibili per un ulteriore follow-up per almeno 120 giorni prima della disposizione; tuttavia, questi conti non saranno soggetti a un'azione di riscossione straordinaria se non vengono prima soddisfatti i requisiti di notifica. La presente politica prevede la conformità alle norme 501(r).
- **Disposizione presso un magistrato o un procuratore distrettuale** – In alcuni casi, in base alla soglia per gli importi in sospeso e alla solvibilità e/o alla tendenza all'insolvibilità da parte del garante o del terzo pagatore, PSH può adire le vie legali per provvedere alla riscossione degli importi.
  - I conti per cui viene intrapresa un'azione legale devono essere distinti dai conti con crediti inesigibili trasferiti a un'agenzia di riscossione.
  - Tutti i conti per i quali si consiglia di procedere all'azione legale dovranno essere valutati entro 30 giorni. Nel corso del periodo di valutazione, verrà confermata la



loro natura di crediti verso i pazienti. Dopo l'autorizzazione all'azione legale, i crediti vengono classificati come crediti inesigibili.

- Una volta ricevuto un avviso di giudizio o una lettera di garanzia, sarà necessario modificare e documentare opportunamente i conti come indicato nella comunicazione, che verrà poi archiviata.
- **Risoluzione del rapporto medico-paziente** – PSH può risolvere il rapporto medico-paziente se il paziente non è in regola con il pagamento delle cure. Il direttore sanitario, l'amministratore e il medico devono essere tutti concordi in merito alla cessazione delle cure del paziente e alla risoluzione del rapporto. Vedere **Politica di dimissione del paziente (135-MGM)**.
  - La morosità nel pagamento delle cure interviene, tra gli altri, nei seguenti casi:
    - Mancato pagamento o pagamento sostanzialmente insufficiente, nonostante la solvibilità accertata. È opportuno assistere i pazienti affinché possano ricevere il sostegno finanziario o definire un piano di pagamento ragionevole; vedere **Politica di sostegno finanziario - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP- 008 (SJMC)**.
    - Rifiuto di collaborare con il personale dell'Ufficio per l'andamento ciclico dei ricavi ai fini della sottoscrizione di programmi per il terzo pagatore a scopo assistenziale.
- **Crediti inesigibili rimborsabili nell'ambito della relazione sui costi Medicare** – Di seguito sono indicate le linee guida e le norme previste in base ai requisiti normativi CMS relativi ai crediti inesigibili di Medicare.

## DOCUMENTI E RIFERIMENTI

PSH assicura la conformità della presente politica alle linee guida e alle norme previste nel Registro federale ai sensi della Sezione 501(r) e in base ai requisiti normativi CMS relativi ai crediti inesigibili di Medicare.

Politica di sostegno finanziario - PFS-051 (HMC)/ADM-CRP-008 (SJMC)

Politica di dimissione del paziente (135-MGM)

Procedura di rischio finanziario Linee guida per il piano di pagamento

## APPROVAZIONI

	Nome	Qualifica	Data
Autorizzazione:	Steve Massini	Direttore finanziario (CFO)	5/11/2017
Approvazione:	Dan Angel	Responsabile capo per l'andamento ciclico dei ricavi	5/11/2017

## DATA DI ORIGINE E REVISIONI

Data di origine: 1/1/2008

Date di riesame: 5/1/2008, 1/1/2009, 1/7/2009, 2/2010, 5/2017

Date di revisione: 5/1/2008, 10/6/2011 e 7/1/2016 (sostituisce: Procedura di riscossione di oneri del paziente, 10/6/2017, modificata in "Politica di Penn State Health – Le seguenti politiche di St.

Joseph sono state integrate nella politica di Penn State Health:

- ADM-CRP-64 – Credito e riscossione per i pazienti
  - 1-10 - Riscossione
  - Gestione n. 16 - Riscossione
- 1-3 – Crediti inesigibili nelle riscossioni per i pazienti
- 1-4 Liquidazione crediti inesigibili/pagamento autonomo
- 2-8 Rinvio di conti ad azioni legali
- 3-2 Sentenza/Garanzia
- Operatore St. Joseph - Politica per crediti inesigibili
- Operatore St. Joseph – Gestione di pazienti con indirizzi all'estero
- Operatore St. Joseph – Accordo finanziario per interventi chirurgici e procedure
- CPMG – Riscossione con pagamento autonomo

## **REVISORI E COLLABORATORI**

Responsabile capo per l'andamento ciclico dei ricavi