



Deliberazione 1918

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 05 SET. 2018

Oggetto: Approvazione bozza della convenzione tra l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino" per l'effettuazione di esami di laboratorio. Periodo validità: dal 01.08.2018 al 31.07.2019.

Pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 05 SET. 2018 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Generale Dott.ssa Graziella Pintus

coadiuvato da

Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata

Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

Su proposta della S.C. Comunicazione e Relazioni Esterne

PREMESSO

che questa Azienda Ospedaliera, al fine di garantire le prestazioni professionali relative all'analisi istologica al microscopio elettronico delle biopsie renali eseguite presso la S.C. di Nefrologia e Dialisi, successivamente analizzate all'ottica e all'immunofluorescenza presso la S.C. di Anatomia Patologica, ha necessità di avvalersi della collaborazione di professionalità esterne, al fine di eseguire l'esame istopatologico ultrastrutturale e la reazione di immunofenotipizzazione per la diagnosi differenziale in patologia tumorale.

CONSIDERATO

che questa Azienda Ospedaliera, in data 18.04.2018, con nota prot. PG/2018/9610 ha chiesto la disponibilità alla stipula di una convenzione all'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino" per l'effettuazione degli esami di laboratorio.

CONSIDERATO

altresì che l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino" ha manifestato la propria disponibilità alla stipula della convenzione.

VISTA

la bozza della convenzione che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (All. 1)

RITENUTO

pertanto di approvare la bozza della convenzione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino" per l'effettuazione degli esami di laboratorio.

CON

il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa:

- Di approvare la bozza della convenzione tra l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino" per l'effettuazione degli esami di laboratorio.



% segue deliberazione n. 1918

- Di provvedere, con successivo atto deliberativo, alla presa d'atto della convenzione firmata digitalmente da entrambi i Rappresentanti Legali.

Il Direttore Amministrativo

Dott.ssa Laura Balata

Il Direttore Sanitario

Dott. Vinicio Atzeni

Il Direttore Generale

Dott. ssa Graziella Pintus

CONVENZIONE TRA L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO E L'AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" PER L'EFFETTUAZIONE DI ESAMI DI LABORATORIO (DALL'1.08.2018 AL 31.07.2019)

TRA

L'A.O.U. CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO (nel prosieguo denominata semplicemente Azienda) - P.I. 10771180014 - nella persona del Direttore della S.C. Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri, Dott.ssa Rosa Alessandra BRUSCO, domiciliata ai fini del presente atto presso la sede della stessa Azienda in Torino, C.so Bramante n. 88/90;

E

L'AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU" (nel prosieguo denominato semplicemente Brotzu) P.IVA 02315520920 rappresentata dal Direttore Generale Dott.ssa Graziella PINTUS domiciliata, ai fini del presente atto in Cagliari – P.le Ricchi n. 1;

premessi che

In ottemperanza a quanto previsto nelle DGR n° 11-5524 del 14.03.2013 e n° 50-2484 del 23.11.2015, inerenti la concentrazione della diagnostica specialistica e il consolidamento della diagnostica ad elevata automazione, le Strutture dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza vengono individuate come Centri di Riferimento per le prestazioni di Laboratorio.

si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1

L'Azienda si impegna ad effettuare prestazioni sanitarie richieste

9

dal Brotzu inerenti all'effettuazione di esami di laboratorio presso i Laboratori afferenti al Dipartimento di Medicina di Laboratorio.

Art. 2

I campioni da analizzare saranno recapitati, per conto e per cura del Brotzu richiedente, presso i Laboratori del Dipartimento di Medicina di Laboratorio dell'Azienda con richiesta e quesito clinico cartaceo a firma del sanitario richiedente, oppure, ove presente, tramite collegamento informatico.

Art. 3

Le modalità di conservazione e gli orari di consegna dei campioni saranno concordati tra i responsabili dei servizi richiedenti e il responsabile del laboratorio ricevente.

L'inottemperanza delle modalità di invio potranno veder costretti i Servizi di Accettazione dell'Azienda a respingere i campioni.

I referti degli esami potranno essere ritirati dagli incaricati del Brotzu presso i Laboratori dell'Azienda.

Art. 4

Per tutte le prestazioni erogate, il Brotzu si impegna a corrispondere i seguenti importi:

- tariffe del nomenclatore regionale maggiorate del 5% per tutti gli esami di laboratorio esclusi quelli di Anatomia Patologica;*
- tariffe di cui alla tabella allegata per le prestazioni di Anatomia Patologica.*

Eventuali ripetizioni, controlli e/o approfondimenti eseguiti quale percorso diagnostico richiesti da ambo le parti saranno considerati come nuovi esami e tariffati con le stesse modalità.

Con D.G.R. n. 38-11960 del 4 agosto 2009 "Piano socio-sanitario regionale

2

2007/2010 area materno infantile – percorso nascita – adozione agenda di gravidanza”, la Regione Piemonte impegna il Laboratorio Analisi alla conservazione dei sieri delle gestanti per un anno. Il Nomenclatore Tariffario Regionale, prevede la valorizzazione della crioconservazione dei campioni ricevuti (cod. 90.60.4). La prestazione verrà eseguita e tariffata se ritenuta necessaria dal Laboratorio.

Art. 5

L'elenco delle prestazioni effettuate, non corredato delle relative richieste, verrà trasmesso mensilmente al Brotzu per le necessarie verifiche di regolarità.

Dopo aver constatato la correttezza amministrativa della documentazione pervenuta, il Brotzu provvederà al pagamento dei corrispettivi stabiliti, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della fattura.

Qualora nel corso di validità del presente accordo di collaborazione insorgesse la necessità, a seguito di nuove indicazioni regionali, di variare le condizioni economiche citate, l'Azienda, si riserva la facoltà di richiederne la revisione.

Art. 6

Il presente accordo/convenzione ha validità dall'1.08.2018 sino al 31.07.2019 ed è disdettabile da entrambe le parti, senza obbligo di motivazione, con un preavviso minimo di 30 giorni, da notificarsi mediante lettera raccomandata con R.R.

Art. 7

L'Azienda garantisce, al proprio personale coinvolto nell'attività, la copertura assicurativa, per i rischi da responsabilità civile verso terzi, secondo il

D

programma assicurativo regionale dei rischi sanitari delle A.S.R. della Regione Piemonte.

Art. 8

Per quanto non previsto nel presente accordo di collaborazione si applicano le norme contrattuali vigenti in materia.

Art. 9

Per ogni controversia derivante dall'accordo di collaborazione è competente il Foro di Torino.

Art. 10

Lo studio e l'Azienda si impegnano a mantenere la riservatezza sui dati e documenti dei quali abbiano conoscenza, possesso e detenzione, direttamente connessi e derivanti dall'attività svolta, in ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs 196/03.

Art. 11

Il presente accordo di collaborazione è soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi degli artt. 5, 39 e 57 co. 5 del D.P.R. 26/04/1986 n. 131.

Le spese eventuali di registrazione sono a carico della parte richiedente.

Le spese di bollo sono a carico del Brotzu.

Letto, approvato e sottoscritto

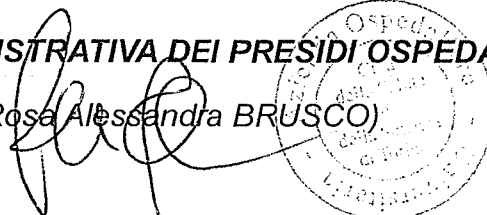
Torino, li 12 AGO 2011

**PER L'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA
CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO**

IL DIRETTORE DELLA

S.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDI OSPEDALIERI

(Dott.ssa Rosa Alessandra BRUSCO)

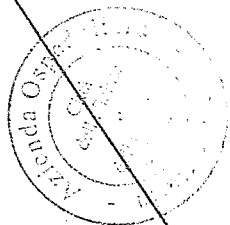


PER L'AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott.ssa Graziella PINTUS)

D.A.P.O./L.P./RAB/DB/MM



2

TARIFFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

CODICE AMM.	Peso	AMM_DESCRIZIONE	TARIFFA LP	NOTE
91.38.5	C1	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE (PAP TEST)	€ 15,00	
C.00.08	C1	CITOLOGIA-ESAME CITOLOGICO SEGREZIONE CAPEZZOLO	€ 20,00	
C.01.04	C1	CITOLOGIA-ESAME CITOLOGICO BRUSHING (BRONCHIALE, GASTRICO, VIE BILIARI, VIE URINARIE)	€ 100,00	
C.01.08	C1	CITOLOGIA-ESAME CITOLOGICO STRISCIO ENDOMETRIALE	€ 100,00	
91.38.9	C2	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(PER CIASCUN CAMPIONE)	€ 30,00	
91.39.2	C2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 100,00	
91.39.3	C2	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 100,00	
91.39.4	C2	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 100,00	
C.00.09	C2	RICERCA CORPUSCOLI DELL'ASBESTO	€ 100,00	
91.39.1	C3	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO NAS	€ 100,00	
AZ-3	C3	ESAME CITOLOGICO SU AGOASPIRATO (SVOLTO PRESSO LA STRUTTURA RICHIEDENTE)	€ 200,00	
91.39.5	D1	TENDINE - TESSUTO FIBROTENDINEO IN M. DI DUPUYTREN O M. DI QUERVAIN	€ 100,00	
91.40.1	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: BIOPSIA SINOVIALE, BIOPSIA TENDINEA	€ 100,00	
91.40.2	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: BIOPSIA SEMPLICE	€ 100,00	
91.40.3	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: BIOPSIA SEMPLICE	€ 100,00	
91.40.4	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (SHAVE O PUNCH)	€ 100,00	
91.40.5	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA ESCISSIONALE	€ 100,00	
91.41.1	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA INCISIONALE	€ 100,00	
91.41.3	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)	€ 100,00	
91.41.5	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA GHIANDOLA SALIVARE	€ 100,00	
91.42.2	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SINGOLA)	€ 100,00	
91.42.3	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH	€ 100,00	
91.42.5	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA CAVITÀ NASALI	€ 100,00	
91.43.1	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDOBRONCHIALE (SEDE UNICA)	€ 100,00	
91.43.3	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA LARINGEA	€ 100,00	
91.44.2	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ANNESSI TESTICOLARI	€ 100,00	
91.44.4	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA SERVICE UTERINA	€ 55,00	
91.44.5	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOMETRIALE (VABRA)	€ 55,00	
91.45.1	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOSCOPICA VESCICALE (SEDE UNICA)	€ 100,00	
91.45.3	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA PENE	€ 100,00	
91.45.4	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA TESTICOLARE	€ 100,00	
91.45.5	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VAGINALE	€ 55,00	
91.46.1	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VULVARE (SEDE UNICA)	€ 55,00	
91.46.4	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: POLIPECTOMIA ENDOCERVICALE	€ 55,00	
91.48.2	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: BIOPSIA DI NERVO PERIFERICO	€ 100,00	
I.01.07	D1	DIGERENTE-EMORROIDECTOMIA	€ 100,00	
I.01.08	D1	DIGERENTE-ERNIECTOMIA: SACCO ERNIARIO	€ 100,00	
I.01.10	D1	LINGUA- BIOPSIA SEMPLICE	€ 100,00	
I.01.14	D1	SNP-GANGLIECTOMIA	€ 100,00	
I.01.24	D1	UROGENITALE-BIOPSIA URETRALE	€ 100,00	

Al. 1. Pag. N. 7 di 6

2

TARIFFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

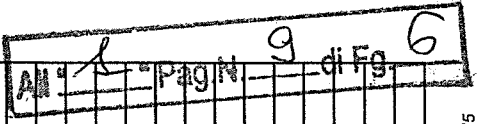
I.01.25	D1	ORECCHIO-BIOPSIA CANALE UDITIVO	€ 100,00
I.01.26	D1	ORECCHIO-BIOPSIA ORECCHIO MEDIO	€ 100,00
91.41.4	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.42.1	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.43.2	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDONCHIALE (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.43.4	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDONCHIALE (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.44.3	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VIE AEREE (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.45.2	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOSCOPICA VESCICALE (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.46.2	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VULVARE (SEDI MULTIPLE)	€ 100,00
91.46.3	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIE CERVICALI (SEDI MULTIPLE)	€ 100,00
I.02.01	D2	ARTICOLAZIONI-BIOPSIA DA DISCO INTERVERTEBRALE	€ 150,00
I.02.03	D2	ARTICOLAZIONI-MENISCECTOMIA POST-TRAUMATICA	€ 150,00
I.02.05	D2	BULBO OCULARE-ENUCLEAZIONE SEMPLICE	€ 150,00
I.02.06	D2	CAVO ORALE-ASPORTAZIONE COMPLETA DI NEOFORMAZIONE	€ 150,00
I.02.07	D2	CIRCOLATORIO-BIOPSIA DI VASO E/O EMBOLECTOMIA	€ 150,00
I.02.09	D2	DIGERENTE-APPENDICECTOMIA SEMPLICE	€ 150,00
I.02.10	D2	DIGERENTE-COLECISTECTOMIA SEMPLICE	€ 150,00
I.02.11	D2	DIGERENTE-GASTRORESEZIONE PER PATOLOGIA NON NEOPLASTICA	€ 150,00
I.02.12	D2	DIGERENTE-MUCOSECTOMIA APPARATO DIGERENTE	€ 150,00
I.02.13	D2	EMOPIETICO-SPLENECTOMIA PER PATOLOGIA TRAUMATICA	€ 150,00
I.02.14	D2	ENDOCRINO-NODULECTOMIA TIROIDEA	€ 150,00
I.02.15	D2	ENDOCRINO-PARATIROIDEECTOMIA	€ 150,00
I.02.16	D2	GHIANDOLE SALIVARI-ASPORTAZIONE SEMPLICE O NODULECTOMIA	€ 150,00
I.02.17	D2	LABBRO-RESEZIONE	€ 150,00
I.02.18	D2	LINGUA-RESEZIONE PARZIALE	€ 150,00
I.02.20	D2	NASO E CAVITA' NASALI-ETMOIDECTOMIA O POLIPECTOMIA	€ 150,00
I.02.21	D2	RESPIRATORIO-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDEECTOMIA	€ 150,00
I.02.23	D2	SIEROSE-BIOPSIA E/O RESEZIONE	€ 150,00
I.02.24	D2	UROGENITALE-CISTI GHIANDOLA DEL BARTOLINI	€ 150,00
I.02.25	D2	UROGENITALE-ORCHIECTOMIA BILATERALE PER CASTRAZIONE TERAPEUTICA	€ 150,00
I.02.26	D2	UROGENITALE-OVARIECTOMIA MONOLATERALE E/O BIOPSIA OVARICA E/O RESEZIONE OVARICA	€ 150,00
I.02.27	D2	UROGENITALE-UTERO, MIOMECTOMIA	€ 150,00
T.17.02	D1	III-RICERCA AMILOIDE SU GRASSO PERIOMBELICALE (CITOLOGICO O ISTOLOGICO)	€ 100,00
91.41.2	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA	€ 200,00
91.42.4	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: AGOBIOPSIA PLEURICA	€ 200,00
91.43.5	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: AGOBIOPSIA OVARICA	€ 200,00
91.44.1	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: AGOBIOPSIA PROSTATICA	€ 200,00
91.46.5	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: BIOPSIA STEREOTASSICA	€ 200,00
91.47.1	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: NODULECTOMIA	€ 200,00
91.47.2	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE	€ 200,00
91.47.3	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE (SEDI MULTIPLE)	€ 200,00
91.47.4	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPIETICO: ASPORTAZIONE DI LINFONODO SUPERFICIALE	€ 200,00

pag. 8 di 6

TARIFFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

91.47.5	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE	€ 200,00
91.48.1	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: AGOBIPSIA TIROIDEA	€ 200,00
91.48.3	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	€ 200,00
I.03.02	D3	DIGERENTE-AGOBIPSIA PANCREATICA	€ 200,00
I.03.04	D3	DIGERENTE-BIOPSIA EPATICA (CHIRURGICA E/O LAPAROSCOPICA)	€ 200,00
I.03.08	D3	EMOPOIETICO-AGOBIPSIA SPLENICA	€ 200,00
I.03.09	D3	ENDOCRINO-AGOBIPSIA SURRENALICA	€ 200,00
I.03.11	D4	ENDOCRINO-EMITIROIDECTOMIA	€ 300,00
I.03.13	D3	MEDIASTINO-BIOPSIA MEDIASTINO E/O TIMO	€ 200,00
I.03.15	D3	OSSO-ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE	€ 200,00
I.03.16	D3	OSSO-TESTA FEMORALE ESCISSA PER PROTESI	€ 200,00
I.03.17	D3	RESPIRATORIO-AGOBIPSIA POLMONARE	€ 200,00
I.03.25	D3	UROGENITALE-BIOPSIA TESTICOLARE BILATERALE	€ 200,00
I.03.28	D3	UROGENITALE-BIOPSIE VAGINALI (SEDI MULTIPLE)	€ 200,00
I.03.29	D3	UROGENITALE-RASCHIAMENTO CAVITA' UTERINA E/O MATERIALE ABORTIVO E/O POLIPO	€ 200,00
I.03.30	D3	UROGENITALE-RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE VESICALE E/O PROSTATICA (TUR O TURP)	€ 200,00
I.03.31	D3	UROGENITALE-SALPINGE, SALPINGECTOMIA E/O BIOPSIA SALPINGEA	€ 200,00
91.47.6	D4	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA	€ 300,00
91.47.7	D4	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA	€ 500,00
I.04.01	D4	ARTI-AMPUTAZIONE (ANCHE PARZIALE)	€ 300,00
I.04.02	D4	ARTICOLAZIONI-TESSUTO SINOVIALE PER PATOLOGIA NEOPLASTICA	€ 300,00
I.04.03	D4	BULBO OCULARE-ENUCLEAZIONE PER PATOLOGIA NEOPLASTICA E/O EXENTERATIO ORBITAE	€ 300,00
I.04.04	D4	CIRCOLATORIO-BIOPSIA MIocardica E/O VALVOLA CARDIACA	€ 300,00
I.04.05	D4	CUTE TESSUTI MOLLI-ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONI MULTIPLE	€ 300,00
I.04.06	D4	DIGERENTE-CAUDECTOMIA PANCREAS	€ 300,00
I.04.07	D4	DIGERENTE-COLECISTECTOMIA ALLARGATA	€ 300,00
I.04.10	D4	EMOPOIETICO-LINFOADENECTOMIA REGIONALE (PACCHETTO LINFONODALE)	€ 300,00
I.04.11	D4	EMOPOIETICO-SPLENECTOMIA PER PATOLOGIA NEOPLASTICA	€ 300,00
I.04.12	D4	ENDOCRINO-ASPORTAZIONE CHIRURGICA PARAGANGLI	€ 300,00
I.04.13	D4	ENDOCRINO-TIROIDECTOMIA CON/SENZA LINFOADENECTOMIA	€ 300,00
I.04.14	D4	GHIANDOLE SALIVARI-ASPORTAZIONE ALLARGATA	€ 300,00
I.04.15	D4	LINGUA-EMIGLOSSECTOMIA	€ 300,00
I.04.16	D4	NASO E CAVITA' NASALI-RESEZIONE SETTO NASALE /TURBINATO/ETMOIDO-MASCCELLARE	€ 300,00
I.04.17	D4	OSSO-RESEZIONE SEGMENTARIA	€ 300,00
I.04.18	D4	RESPIRATORIO-FARINGE, EMIFARINGECTOMIA	€ 300,00
I.04.19	D4	RESPIRATORIO-FARINGE, TONSILLECTOMIA PER NEOPLASIA	€ 300,00
I.04.20	D4	RESPIRATORIO-LARINGE, CORDECTOMIA BILATERALE	€ 300,00
I.04.21	D4	RESPIRATORIO-LARINGE, LARINGECTOMIA PARZIALE	€ 300,00
I.04.22	D4	RESPIRATORIO-LARINGECTOMIA DISTRETTUALE E/O CORDECTOMIA MONOLATERALE	€ 300,00
I.04.23	D4	RESPIRATORIO-POLMONE, RESEZIONE PARZIALE O ATIPICA	€ 300,00
I.04.24	D4	SNC-BIOPSIA A CIELO APERTO	€ 300,00
I.04.25	D4	SNC-BIOPSIA STEREOTASSICA	€ 300,00

[Handwritten signature]



TARIFFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

I.04.26	D4	UROGENITALE-AMPUTAZIONE PENIENA	€ 300,00
I.04.27	D4	UROGENITALE-AMPUTAZIONE VAGINALE	€ 300,00
I.04.28	D4	UROGENITALE-BIOPSIA RENALE	€ 300,00
I.04.29	D4	UROGENITALE-CISTECTOMIA SEMPLICE O PARZIALE	€ 300,00
I.04.30	D4	UROGENITALE-CONIZZAZIONE SERVICE UTERINA (CHIRURGICA, CON ANSA A RADIOFREQUENZA O ALTRE METODICHE)	€ 300,00
I.04.31	D4	UROGENITALE-ESAME COMPLETO DELLA PLACENTA, FUNICOLO E MEMBRANE	€ 300,00
I.04.32	D4	UROGENITALE-ISTERECTOMIA SEMPLICE O ISTEROANNESSECTOMIA PER FIBROMATOSI	€ 300,00
I.04.33	D4	UROGENITALE-NEFRECTOMIA SEMPLICE O PARZIALE	€ 300,00
I.04.34	D4	UROGENITALE-ORCHIECTOMIA	€ 300,00
I.04.35	D4	UROGENITALE-OVARIECTOMIA BILATERALE	€ 300,00
I.04.36	D4	UROGENITALE-OVARIECTOMIA MONOLATERALE CON SALPINGECTOMIA	€ 300,00
I.04.37	D4	UROGENITALE-PROSTATECTOMIA (ENUCLEAZIONE/NODULECTOMIA)	€ 300,00
I.04.38	D4	UROGENITALE-RESEZIONE URETERALE	€ 300,00
I.04.39	D4	UROGENITALE-RESEZIONE URETRALE	€ 300,00
I.04.40	D4	UROGENITALE-VULVECTOMIA SEMPLICE O PARZIALE	€ 300,00
I.04.41	D4	URGENZE-ESAME ISTOLOGICO URGENTE (RISPOSTA ENTRO 8 ORE)	€ 300,00
I.05.01	D5	CAPO COLLO-RESEZIONE ETMOIDO-MASCELLARE CON/SENZA EXENTERATIO ORBITAE	€ 500,00
I.05.02	D5	CAPO COLLO-SVUOTAMENTO LINFONODALE	€ 500,00
I.05.03	D5	CAVO ORALE-RESEZIONE ALLARGATA LINGUA/MASCELLARE	€ 500,00
I.05.04	D5	CIRCOLATORIO-ESPIANTO CARDIACO	€ 500,00
I.05.05	D5	CUTE TESSUTI MOLLI-ESCISSIONE ALLARGATA PER NEOPLASIA MALIGNA	€ 500,00
I.05.06	D5	DIGERENTE-COLECTOMIA TOTALE O INTERVENTO DI MILES	€ 500,00
I.05.07	D5	DIGERENTE-DUODENO-CEFALOPANCREASECTOMIA	€ 500,00
I.05.08	D5	DIGERENTE-EPATECTOMIA PARZIALE O TOTALE	€ 500,00
I.05.09	D5	DIGERENTE-GASTRECTOMIA PARZIALE O TOTALE CON/SENZA RESEZIONE ESOFAGEA	€ 500,00
I.05.10	D5	DIGERENTE-RESEZIONE SEGMENTARIA APP. DIGERENTE CON/SENZA LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
I.05.11	D5	EMOJETICO-LINFADENECTOMIA REGIONALE (PACCHETTO LINFONODALE) STAZIONI MULTIPLE	€ 500,00
I.05.13	D5	MAMMELLA-MASTECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
I.05.14	D5	MAMMELLA-MASTECTOMIA SEMPLICE/RESEZIONE PARZIALE/ QUADRANTECTOMIA	€ 500,00
I.05.15	D5	MANDIBOLA-EMIMANDIBOLECTOMIA CON LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
I.05.16	D5	MEDIASTINO-ASPORTAZIONE MASSA MEDIASTINICA E/O TIMO	€ 500,00
I.05.17	D5	NASO E CAVITA' NASALI-RESEZIONE MASCELLARE CON SVUOTAMENTO LINFONODALE	€ 500,00
I.05.18	D5	RESPIRATORIO-FARINGOLARINGECTOMIA TOTALE	€ 500,00
I.05.19	D5	RESPIRATORIO-LARINGECTOMIA TOTALE CON/SENZA SVUOTAMENTO COLLO	€ 500,00
I.05.20	D5	RESPIRATORIO-PNEUMECTOMIA PARZIALE O TOTALE CON LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
I.05.21	D5	SNC-ESCISSIONE TUMORALE	€ 500,00
I.05.22	D5	SNC-MATERIALE DA ASPIRAZIONE (CUSA)	€ 500,00
I.05.23	D5	UROGENITALE-AGOBIOPSIE PROSTATICHE MULTIPLE	€ 500,00
I.05.24	D5	UROGENITALE-CISTECTOMIA RADICALE CON/SENZA VESCICOLOPROSTATECTOMIA O ISTERECTOMIA O LINFOADENECTOMIA REGIONALE	€ 500,00
I.05.25	D5	UROGENITALE-EMASCUOLAZIONE	€ 500,00
I.05.26	D5	UROGENITALE-ISTEROANNESSECTOMIA PER NEOPLASIA	€ 500,00
I.05.27	D5	UROGENITALE-MAPPING VESCICALE	€ 500,00

TARIFFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

I.05.28	D5	UROGENITALE-NEFRECTOMIA RADICALE	€ 500,00
I.05.29	D5	UROGENITALE-ORCHIFUNICOLECTOMIA PER NEOPLASIA	€ 500,00
I.05.30	D5	UROGENITALE-OVARIECTOMIA MONO/BILATERALE CON ISTERECTOMIA, OMENTECTOMIA E/O BIOPSIE PERITONEALI PER NEOPLASIA	€ 500,00
I.05.31	D5	UROGENITALE-PROSTATECTOMIA EXTRAFASCIALE CON/SENZA VESCICOLE SEMINALI O LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
I.05.32	D5	UROGENITALE-VULVECTOMIA RADICALE CON LINFOADENECTOMIA INGUINALE	€ 500,00
AZ-2	D5+D5	RESEZ PARZIALE O MASTECTOMIA CON LINFOADENECTOMIA E FATTORI PROGNOSTICI	€ 1.000,00
AZ-1	5+D5+D5	RESEZ PARZIALE O MASTECTOMIA CON LINFONODO SENTINELLA E FATTORI PROGNOSTICI	€ 1.000,00
91.47.9	D6	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI	€ 500,00
AZ-4	D6	ESAME ESTEMPORANEO CRIOSTATICO (SVOLTO PRESSO LA STRUTTURA RICHIEDENTE)	€ 300,00
I.04.00	D6	CRIOSTATO-DIAGNOSI ANATOMO-PATOLOGICA ESTEMPORANEA (PER OGNI CAMPIONE)	€ 300,00
I.06.01	D6	ESAME AUTOPTICO-AUTOPSIA CON ESAMI ISTOLOGICI	€ 700,00
I.06.02	D6	FETO ETA' GEST <22 SETT-ESAME MACROSCOPICO CON ESAMI ISTOLOGICI	€ 700,00
I.08.02	D6	EMOPOIETICO-LINFONODO SENTINELLA AL CONGELATORE	€ 300,00
I.08.03	D6	EMOPOIETICO-LINFONODO SENTINELLA DOPO INCLUSIONE	€ 300,00
K.09.02	D6	CONSULENZA-CONSULENZA IN TELEPATOLOGIA	€ 250,00
K.09.03	D6	CONSULENZA-CONSULENZA SU PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE	€ 250,00
K.09.04	D6	CONSULENZA-ALLESTIMENTO PREPARATI PER CASO MEDICO-LEGALE - PREPARAZIONE, LETTURA E REFERTAZIONE	€ 500,00
AZ-5	T1	ALLESTIMENTO COLORAZIONI IMMUNOISTOCHIMICA (COLORAZIONI COMUNI)	€ 20,00 x block
AZ-9	T1	ALLESTIMENTO DI PREPARATI ISTOLOGICI GIA' RIDOTTI	€ 10,00 x block
K.09.01	T1	CONSULENZA-ALLESTIMENTO PREPARATI PER CASO MEDICO-LEGALE - SOLO PREPARAZIONE	€ 10,00 x block
AZ-11	T3	ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE IN FASE LIQUIDA E DETERMINAZIONE INFEZIONE VIRALE	€ 50,00
AZ-12	T2	DETERMINAZIONE DI INFEZIONE VIRALE IN FASE LIQUIDA	€ 30,00 x block
AZ-6	T2	ALLESTIMENTO COLORAZIONI IMMUNOISTOCHIMICA (COLORAZIONI SPECIALI)	€ 50,00 x block

AN = 2 = Pag. N. 11 di Fg. 6

