



Deliberazione 1047

Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 12 SET. 2018

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

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 12 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 in data 05.09.2018, con deliberazione n. 1918 questa Azienda Ospedaliera ha approvato la bozza della convenzione con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute della Scienza di Torino" per l'effettuazione di esami di laboratorio".
- VISTA** la convenzione che si allega al presente atto per farne parte integrante e sostanziale (All. 1)
- RITENUTO** pertanto di prendere atto della convenzione con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute della Scienza di Torino" per l'effettuazione di esami di laboratorio".
- CON** il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Per i motivi esposti in premessa:

- Di prendere atto della convenzione tra l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" e l'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Città della Salute della Scienza di Torino" per l'effettuazione di esami di laboratorio", firmata da entrambi i Rappresentanti Legali ed allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale.
- Di trasmettere la presente deliberazione al Direttore della S.C. Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione.

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

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

V



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

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 10.05.2011

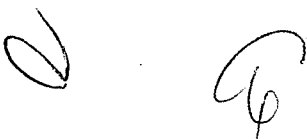
PER L'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA

CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI TORINO

IL DIRETTORE DELLA

S.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDI OSPEDALIERI

(Dott.ssa Rosa Alessandra BRUSCO)

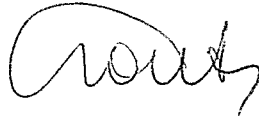


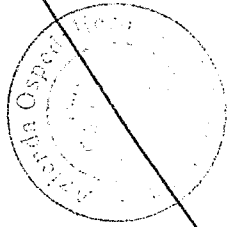
PER L'AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTZU"

IL DIRETTORE GENERALE

(Dott.ssa Graziella PINTUS)

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





Q

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 SECREZIONE 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 DE 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 ESCISSORIALE	€ 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. RESPIRATORIO: BIOPSIA LARINGEA	€ 100,00	
91.44.4	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ANNESSI TESTICOLARI	€ 55,00	
91.44.5	D1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVIC 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	

TARIFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

1.01.25	D1	ORECCHIO-BIOPSIA CANALE UDDITIVO	€ 100,00
1.01.26	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 ENDOBRONCHIALE (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.43.4	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA VIE AEREE (SEDI MULTIPLE)	€ 150,00
91.44.3	D2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICALE E ENDOMETRIALE - (CON RASCHIAMENTO DEL CA	€ 100,00
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
1.02.01	D2	ARTICOLAZIONI-BIOPSIA DA DISCO INTERVERTEBRALE	€ 150,00
1.02.03	D2	ARTICOLAZIONI-MENISCECTOMIA POST-TRAUMATICA	€ 150,00
1.02.05	D2	BULBO OCULARE-ENUCLEAZIONE SEMPLICE	€ 150,00
1.02.06	D2	CAVO ORALE-ASPORTAZIONE COMPLETA DI NEOFORMAZIONE	€ 150,00
1.02.07	D2	CIRCOLATORIO-BIOPSIA DI VASO E/O EMOBLETTOMIA	€ 150,00
1.02.09	D2	DIGERENTE-APPENDICECTOMIA SEMPLICE	€ 150,00
1.02.10	D2	DIGERENTE-COLECISTECTOMIA SEMPLICE	€ 150,00
1.02.11	D2	DIGERENTE-GASTRORESEZIONE PER PATOLOGIA NON NEOPLASTICA	€ 150,00
1.02.12	D2	DIGERENTE-MUCOSECTOMIA APPARATO DIGERENTE	€ 150,00
1.02.13	D2	EMOPIETICO-SPLENECTOMIA PER PATOLOGIA TRAUMATICA	€ 150,00
1.02.14	D2	ENDOCRINO-NODULECTOMIA TIROIDEA	€ 150,00
1.02.15	D2	ENDOCRINO-PARATIROIDECTOMIA	€ 150,00
1.02.16	D2	GHIANDOLE SALIVARI-ASPORTAZIONE SEMPLICE O NODULECTOMIA	€ 150,00
1.02.17	D2	LABBRO-RESEZIONE	€ 150,00
1.02.18	D2	LINGUA-RESEZIONE PARZIALE	€ 150,00
1.02.20	D2	MASO E CAVITA' NASALI-ETMOIDECTOMIA O POLIPECTOMIA	€ 150,00
1.02.21	D2	RESPIRATORIO-TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA	€ 150,00
1.02.23	D2	SIEROSE-BIOPSIA E/O RESEZIONE	€ 150,00
1.02.24	D2	UROGENITALE-CISTI GHIANDOLA DEL BARTOLINI	€ 150,00
1.02.25	D2	UROGENITALE-ORCHIECTOMIA BILATERALE PER CASTRAZIONE TERAPEUTICA	€ 150,00
1.02.26	D2	UROGENITALE-OVARIECTOMIA MONOLATERALE E/O BIOPSIA OVARICA E/O RESEZIONE OVARICA	€ 150,00
1.02.27	D2	UROGENITALE-UTERO, MIOMECTOMIA	€ 150,00
T.17.02	D1	ITE-RICERCA AMILOIDE SU GRASSO PERITOMBELICALE (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 LINFONDALE	€ 200,00
91.47.3	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPIETICO: AGOBIOPSIA LINFONDALE (SEDI MULTIPLE)	€ 200,00
91.47.4	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPIETICO: ASPORTAZIONE DI LINFONDO SUPERFICIALE	€ 200,00

28

TARIFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

91.47.5	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE	€ 200,00
91.48.1	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: AGOBIOPSIA TIROIDEA	€ 200,00
91.48.3	D3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	€ 200,00
1.03.02	D3	DIGERENTE-AGOBIOPSIA PANCREATICA	€ 200,00
1.03.04	D3	DIGERENTE-BIOPSIA EPATICA (CHIRURGICA E/O LAPAROSCOPICA)	€ 200,00
1.03.08	D3	EMPOIETICO-AGOBIOPSIA SPLENICA	€ 200,00
1.03.09	D3	ENDOCRINO-AGOBIOPSIA SURRENALICA	€ 200,00
1.03.11	D4	ENDOCRINO-EMITTROIDECTOMIA	€ 300,00
1.03.13	D3	MEDIASTINO-BIOPSIA MEDIASTINO E/O TIMO	€ 200,00
1.03.15	D3	OSSO-ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONE	€ 200,00
1.03.16	D3	OSSO-TESTA FEMORALE ESCISSA PER PROTESI	€ 200,00
1.03.17	D3	RESPIRATORIO-AGOBIOPSIA POLMONARE	€ 200,00
1.03.25	D3	UROGENITALE-BIOPSIA TESTICOLARE BILATERALE	€ 200,00
1.03.28	D3	UROGENITALE-BIOPSIE VAGINALI (SEDI MULTIPLE)	€ 200,00
1.03.29	D3	UROGENITALE-RASCHIAMENTO CAVITA' UTERINA E/O MATERIALE ABORTIVO E/O POLIPO	€ 200,00
1.03.30	D3	UROGENITALE-RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE VESCICALE E/O PROSTATICA (TUR O TURP)	€ 200,00
1.03.31	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
1.04.01	D4	ARTI-AMPUTAZIONE (ANCHE PARZIALE)	€ 300,00
1.04.02	D4	ARTICOLAZIONI-TESSUTO SINOVIALE PER PATOLOGIA NEOPLASTICA	€ 300,00
1.04.03	D4	BULBO OCULARE-ENUCLEAZIONE PER PATOLOGIA NEOPLASTICA E/O EXENTERATIO ORBITAE	€ 300,00
1.04.04	D4	CIRCOLATORIO-BIOPSIA MIocardica E/O VALVOLA CARDIACA	€ 300,00
1.04.05	D4	CUTE TESSUTI MOLLI-ESCISSE DI NEOFORMAZIONI MULTIPLE	€ 300,00
1.04.06	D4	DIGERENTE-CAUDECTOMIA PANCREAS	€ 300,00
1.04.07	D4	DIGERENTE-COLECISTECTOMIA ALLARGATA	€ 300,00
1.04.10	D4	EMPOIETICO-LINFOADENECTOMIA REGIONALE (PACCHETTO LINFONDALE)	€ 300,00
1.04.11	D4	EMPOIETICO-SPLENECTOMIA PER PATOLOGIA NEOPLASTICA	€ 300,00
1.04.12	D4	ENDOCRINO-ASPORTAZIONE CHIRURGICA PARAGANGLI	€ 300,00
1.04.13	D4	ENDOCRINO-TIROIDECTOMIA CON/SENZA LINFOADENECTOMIA	€ 300,00
1.04.14	D4	GHIANDOLE SALIVARI-ASPORTAZIONE ALLARGATA	€ 300,00
1.04.15	D4	LINGUA-EMIGLOSSECTOMIA	€ 300,00
1.04.16	D4	NASO E CAVITA' NASALI-RESEZIONE SETTO NASALE /TURBINATO/ETMOIDO-MASCELLARE	€ 300,00
1.04.17	D4	OSSO-RESEZIONE SEGMENTARIA	€ 300,00
1.04.18	D4	RESPIRATORIO-FARINGE, EMIFARINGECTOMIA	€ 300,00
1.04.19	D4	RESPIRATORIO-FARINGE, TONSILLECTOMIA PER NEOPLASIA	€ 300,00
1.04.20	D4	RESPIRATORIO-LARINGE, CORDECTOMIA BILATERALE	€ 300,00
1.04.21	D4	RESPIRATORIO-LARINGE, LARINGECTOMIA PARZIALE	€ 300,00
1.04.22	D4	RESPIRATORIO-LARINGECTOMIA DISTRETTUALE E/O CORDECTOMIA MONOLATERALE	€ 300,00
1.04.23	D4	RESPIRATORIO-POLMONE, RESEZIONE PARZIALE O ATIPICA	€ 300,00
1.04.24	D4	SNC-BIOPSIA A CIELO APERTO	€ 300,00
1.04.25	D4	SNC-BIOPSIA STEREOTASSICA	€ 300,00

1.04.26	D4	UROGENITALE-AMPUTAZIONE PENIENA	€ 300,00
1.04.27	D4	UROGENITALE-AMPUTAZIONE VAGINALE	€ 300,00
1.04.28	D4	UROGENITALE-BIOPSIA RENALE	€ 300,00
1.04.29	D4	UROGENITALE-CISTECTOMIA SEMPLICE O PARZIALE	€ 300,00
1.04.30	D4	UROGENITALE-CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (CHIRURGICA, CON ANSA A RADIOFREQUENZA O ALTRE METODICHE)	€ 300,00
1.04.31	D4	UROGENITALE-ESAME COMPLETO DELLA PLACENTA, FUNICOLO E MEMBRANE	€ 300,00
1.04.32	D4	UROGENITALE-ISTERECTOMIA SEMPLICE O ISTEROANNESSECTOMIA PER FIBROMATOSI	€ 300,00
1.04.33	D4	UROGENITALE-NEFRECTOMIA SEMPLICE O PARZIALE	€ 300,00
1.04.34	D4	UROGENITALE-ORCHIECTOMIA	€ 300,00
1.04.35	D4	UROGENITALE-ORCHIECTOMIA BILATERALE	€ 300,00
1.04.36	D4	UROGENITALE-OVARIECTOMIA MONOLATERALE CON SALPINGECTOMIA	€ 300,00
1.04.37	D4	UROGENITALE-PROSTATECTOMIA (ENUCLEAZIONE/NODULECTOMIA)	€ 300,00
1.04.38	D4	UROGENITALE-RESEZIONE URETERALE	€ 300,00
1.04.39	D4	UROGENITALE-RESEZIONE URETERALE	€ 300,00
1.04.40	D4	UROGENITALE-VULVECTOMIA SEMPLICE O PARZIALE	€ 300,00
1.04.41	D4	URGENTE-ESAME ISTOLOGICO URGENTE (RISPOSTA ENTRO 8 ORE)	€ 300,00
1.05.01	D5	CAPO COLLO-RESEZIONE ETMOIDO-MASCELLARE CON/SENZA EXENTERATO ORBITALE	€ 500,00
1.05.02	D5	CAPO COLLO-SVUOTAMENTO LINFONODALE	€ 500,00
1.05.03	D5	CAVO ORALE-RESEZIONE ALLARGATA LINGUA/MASCELLARE	€ 500,00
1.05.04	D5	CIRCOLATORIO-ESPILANTO CARDIACO	€ 500,00
1.05.05	D5	CUTE TESSUTI MOLL-ESCISSIONE ALLARGATA PER NEOPLASIA MALIGNA	€ 500,00
1.05.06	D5	DIGERENTE-COLECTOMIA TOTALE O INTERVENTO DI MILES	€ 500,00
1.05.07	D5	DIGERENTE-DUODENO-CEFALOPANCREASECTOMIA	€ 500,00
1.05.08	D5	DIGERENTE-EPATECTOMIA PARZIALE O TOTALE	€ 500,00
1.05.09	D5	DIGERENTE-GASTRECTOMIA PARZIALE O TOTALE CON/SENZA RESEZIONE ESOFAGEA	€ 500,00
1.05.10	D5	DIGERENTE-RESEZIONE SEGMENTARIA APP. DIGERENTE CON/SENZA LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
1.05.11	D5	EMOPOIETICO-LINFOADENECTOMIA REGIONALE (PACCHETTO LINFONODALE) STAZIONI MULTIPLE	€ 500,00
1.05.13	D5	MAMMELLA-MASTECTOMIA O QUADRANTECTOMIA CON LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
1.05.14	D5	MAMMELLA-MASTECTOMIA SEMPLICE/RESEZIONE PARZIALE/ QUADRANTECTOMIA	€ 500,00
1.05.15	D5	MANDIBOLA-EMIMANDIBOLECTOMIA CON LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
1.05.16	D5	MEDIASTINO-ASPORTAZIONE MASSA MEDIASTINICA E/O TIMO	€ 500,00
1.05.17	D5	NASO E CAVITA' NASALI-RESEZIONE MASCELLARE CON SVUOTAMENTO LINFONODALE	€ 500,00
1.05.18	D5	RESPIRATORIO-FARINGOLARINGECTOMIA TOTALE	€ 500,00
1.05.19	D5	RESPIRATORIO-LARINGECTOMIA TOTALE CON/SENZA SVUOTAMENTO COLLO	€ 500,00
1.05.20	D5	RESPIRATORIO-PNEUMECTOMIA PARZIALE O TOTALE CON LINFOADENECTOMIA	€ 500,00
1.05.21	D5	SNC-ESCISSIONE TUMORALE	€ 500,00
1.05.22	D5	SNC-MATERIALE DA ASPIRAZIONE (GUSA)	€ 500,00
1.05.23	D5	UROGENITALE-AGOBIOPSIE PROSTATICHE MULTIPLE	€ 500,00
1.05.24	D5	UROGENITALE-CISTECTOMIA RADICALE CON/SENZA VESCICOLOPROSTATECTOMIA O ISTERECTOMIA O LINFOADENECTOMIA REGIONALE	€ 500,00
1.05.25	D5	UROGENITALE-EMASCULAZIONE	€ 500,00
1.05.26	D5	UROGENITALE-ISTEROGANNESSECTOMIA PER NEOPLASIA	€ 500,00
1.05.27	D5	UROGENITALE-MAPPING VESCICALE	€ 500,00

Pag. N. 9 di 10

TARIFFARIO PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA per attività LP

1.05.28	D5	UROGENITALE-NEFRECTOMIA RADICALE	€ 500,00	
1.05.29	D5	UROGENITALE-ORCHIFUNICOLECTOMIA PER NEOPLASIA	€ 500,00	
1.05.30	D5	UROGENITALE-OVARIECTOMIA MONO/BILATERALE CON ISTRECTOMIA, OMENTECTOMIA E/O BIOPSIE PERITONEALI PER NEOPLASIA	€ 500,00	
1.05.31	D5	UROGENITALE-PROSTATECTOMIA EXTRARASCIALE CON/SENZA VESICOLE SEMINALI O LINFOADENECTOMIA	€ 500,00	
1.05.32	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+D	RESEZ PARZIALE O MASTECTOMIA CON LINFONODO SENTINELLA E FATTORI PROGNOSTICI	€ 500,00	
91.47.9	D6	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI	€ 300,00	
AZ-4	D6	ESAME ESTEMPORANEO CRIOSTATICO (SVOLTO PRESSO LA STRUTTURA RICHIEDENTE)	€ 300,00	
1.04.00	D6	CRIOSTATO-DIAGNOSI ANATOMO-PATOLOGICA ESTEMPORANEA (PER OGNI CAMPIONE)	€ 700,00	
1.06.01	D6	ESAME AUTOPTICO-AUTOPSIA CON ESAMI ISTOLOGICI	€ 700,00	
1.06.02	D6	FETO ETA GEST <22 SETT-ESAME MACROSCOPICO CON ESAMI ISTOLOGICI	€ 300,00	
1.08.02	D6	EMOPOIETICO-LINFONODO SENTINELLA AL CONGELATORE	€ 300,00	
1.08.03	D6	EMOPOIETICO-LINFONODO SENTINELLA DOPO INCLUSIONE	€ 250,00	
K.09.02	D6	CONSULENZA-CONSULENZA IN TELEPATOLOGIA	€ 250,00	
K.09.03	D6	CONSULENZA-CONSULENZA SU PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE	€ 500,00	
K.09.04	D6	CONSULENZA-ALLESTIMENTO PREPARATI PER CASO MEDICO-LEGALE - PREPARAZIONE, LETTURA E REFERTAZIONE	€ 20,00	x block
AZ-5	T1	ALLESTIMENTO COLORAZIONI IMMUNOISTOCHIMICA (COLORAZIONI COMUNI)	€ 10,00	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	€ 50,00	
AZ-11	T3	ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE IN FASE LIQUIDA E DETERMINAZIONE INFEZIONE VIRALE	€ 30,00	x block
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

