



DELIBERAZIONE

n. 1388

del 25-10-2017

O G G E T T O

Case di Cura private accreditate: assegnazione dei tetti di spesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero in favore di residenti veneti e di residenti extraregione, e contrattazione/assegnazione del budget - anno 2017.

Proponente: VI - Direzione Amministrativa Ospedaliera e per le Strutture Private Accreditate
Anno Proposta: 2017
Numero Proposta: 1530

Il Direttore della Direzione Amministrativa Ospedaliera per le Strutture Private Accreditate, riferisce che:
““

1) BUDGET PRESTAZIONI RESIDENTI VENETO – ANNO 2017:

Con D.G.R.V. 28 aprile 2017 n. 597 avente ad oggetto: *“Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019 per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto ed aggiornamento dello schema tipo di accordo contrattuale. D.Lgs. n. 502/1992, artt. 8 quinquies e sexies, L.R. 16 agosto 2002, n. 22, art. 17, comma 3.”*, la Giunta Regionale del Veneto ha fissato i corrispondenti tetti finanziari massimi attribuibili e non superabili validi per il triennio 2017 - 2019 relativamente a prestazioni rese in favore di cittadini residenti nel Veneto, disponendo inoltre che le prestazioni erogate in supero ai budget assegnati non potranno essere remunerate.

Novità saliente introdotta con la succitata deliberazione giuntale è rappresentata dall'innalzamento della percentuale di budget da negoziare per garantire l'ottimale organizzazione dell'offerta sanitaria locale, con una quota che passa dal 5% al 25% del budget relativo all'attività ospedaliera ed indicato nell'Allegato A della D.G.R.V. 597/2017, finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa.

Un'ulteriore elemento di novità riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale dove la percentuale di budget da negoziare con gli erogatori privati accreditati passa dal 50% al 60% del budget. Va precisato inoltre che il budget di cui all'allegato B, come previsto fin dall'anno 2012 (ex D.G.R.V. n. 832/2012 e s.m.i.), è comprensivo della quota di partecipazione alla spesa (ticket) incassati nel triennio 2017-2019. Quindi le quote di compartecipazione alla spesa introitate devono intendersi come mero acconto di pagamento che va recuperato sulla prima fatturazione utile.

Allo scopo di garantire la continuità assistenziale è necessario che ciascun erogatore effettui un'adeguata programmazione della propria offerta sanitaria distribuendo la stessa, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno: conseguentemente entrambi i budget vengono assegnati e liquidati mensilmente (in dodicesimi) con una fluttuazione massima del 15%, salvo conguaglio. La fluttuazione in oggetto viene applicata in analogia con quanto già previsto per gli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali dalla D.G.R.V. n. 1765 del 28 agosto 2012.

Si ricorda che è possibile beneficiare della quota finanziaria del budget per l'assistenza ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget per l'assistenza ambulatoriale dell'anno in corso e viceversa, oppure all'interno del budget per l'assistenza ambulatoriale, della quota finanziaria di una macroarea non utilizzata, in aggiunta alla quota finanziaria di un'altra macroarea dell'anno in corso, su formale istanza da parte dell'erogatore interessato entro il 30 settembre del medesimo anno, e previa autorizzazione della Giunta Regionale, sentita l'Azienda U.L.SS. proponente previo parere favorevole della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (C.R.I.T.E.). In tal caso il trasferimento di budget, comporterà una diminuzione definitiva del budget di provenienza, a fronte di un corrispondente aumento definitivo del budget di destinazione, e dovrà essere finalizzato prioritariamente alla riduzione dei tempi di attesa. Il nuovo budget risultante da tali trasferimenti costituirà il nuovo budget di riferimento dell'erogatore.

Ai sensi della sopracitata deliberazione giuntale, va altresì rilevato che della contrattazione di budget effettuata dall'Azienda U.L.SS. n. 8 “Berica” possono potenzialmente avvalersi anche i Direttori
VI - Direzione Amministrativa Ospedaliera e per le Strutture Private Accreditate/2017/1530

Generali delle altre Aziende UU.LL.SSSS. del Veneto a favore dei propri assistiti, fatto salvo il raccordo tra le Aziende interessate nella definizione e ripartizione delle prestazioni oggetto della contrattazione. Si da atto che tale opzione, per l'anno 2017, non è stata esercitata da alcuna delle Aziende UU.LL.SSSS. limitrofe/provinciali, né della Regione Veneto.

Pertanto il volume finanziario di budget da contrattare per il corrente anno, riferito a prestazioni erogate ad utenti residenti in Veneto con i tre erogatori ospedalieri privati accreditati insistenti nel territorio dell'Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica" che si ricordano essere: Casa di Cura Villa Berica S.p.A., Casa di Cura Eretenia S.p.A. e Casa di Cura Villa Margherita S.r.l., risulta essere come di seguito rappresentato:

Casa di Cura Eretenia:

Prestazioni	Budget assegnato - D.G.R. 597/2017 - all. A-B	% di contrattazione	Quota Budget 2017 soggetta a contrattazione
Attività di ricovero	€ 11.928.000,00	25%	€ 2.982.000,00
Amb - area Laboratorio	€ 126.000,00	60%	€ 75.600,00
Amb - area Radiologia	€ 1.930.000,00	60%	€ 1.158.000,00
Amb - area ALTRO (branca a visita)	€ 2.125.000,00	60%	€ 1.275.000,00
TOTALE	€ 16.109.000,00		€ 5.490.600,00

Casa di Cura Villa Berica

Prestazioni	Budget assegnato - D.G.R. 597/2017 - all. A-B	% di contrattazione	Quota Budget 2017 soggetta a contrattazione
Attività di ricovero	€ 10.860.000,00	25%	€ 2.715.000,00
Amb - area Laboratorio	€ 237.000,00	60%	€ 142.200,00
Amb - area FKT	€ 141.000,00	60%	€ 84.600,00
Amb - area Radiologia	€ 2.199.000,00	60%	€ 1.319.400,00
Am - area ALTRO (branca a visita)	€ 2.640.814,00	60%	€ 1.584.488,40
TOTALE	€ 16.077.814,00		€ 5.845.688,40

Casa di Cura Villa Margherita:

Prestazioni	Budget assegnato - D.G.R. 597/2017 - all. A-B	% di contrattazione	Quota Budget 2017 soggetta a contrattazione
Attività di ricovero	€ 5.500.000,00	25%	€ 1.375.000,00
Attività di ricovero: ulteriore budget dedicato per Area riabilitazione cardio-respiratoria, ortopedica e neurologica (valore al netto dello sconto pari al 20%)	€ 200.000,00	100%	€ 200.000,00
TOTALE	€ 5.700.000,00		€ 1.575.000,00

Per quanto riguarda la Casa di Cura "Villa Margherita", si evidenzia che in attesa del completamento dei lavori di adeguamento strutturale dell'Ospedale di Lonigo, cui la D.G.R.V. n. 2122/2013 assegna la funzione di Polo riabilitativo per la Provincia di Vicenza, il Direttore Generale dell'Azienda U.L.SS 8 "Berica", da ultimo con nota prot. 27898 del 21 marzo 2017 ha manifestato la necessità di proseguire nel rapporto di collaborazione nell'area della riabilitazione cardio-respiratoria, ortopedica e neurologica, per fronteggiare in loco al fabbisogno di prestazioni di riabilitazione e ridurre il fenomeno della mobilità passiva verso strutture ubicate fuori del territorio regionale. La D.G.R.V. n. 597/2017 autorizza pertanto alla prosecuzione nel rapporto di collaborazione con la Casa di Cura, prevedendo l'assegnazione di un ulteriore budget dedicato pari ad Euro 200.000,00, con applicazione di uno sconto pari al 20% sulla tariffa di remunerazione delle prestazioni come negli anni precedenti.

Per la parte di specialistica ambulatoriale da effettuarsi presso le Case di Cura Eretenia e Villa Berica si precisa come, in collaborazione con la Direzione Medica ed il Servizio C.U.P., si sia proceduto ad elaborare un'analisi sul fabbisogno quali-quantitativo di prestazioni per ciascuna branca specialistica accreditata, partendo dalle criticità sulla produzione storica (di parte pubblica) delle prestazioni cd. "traccianti" di cui all'Allegato A della D.G.R.V. n. 600/2007 e s.m.i. maggiormente carenti e richieste dall'utenza. Da qui si è poi giunti ad un documento che ha determinato il volume di attività specialistica ambulatoriale per ciascuno dei due erogatori privati accreditati in parola, nella misura pari al 60% del budget assegnato per il corrente anno, che sono stati acclusi a ciascun accordo contrattuale.

Negli accordi contrattuali stipulati con la corrispondente Casa di Cura ed allegati alla presente deliberazione di cui fanno parte integrante e sostanziale, redatti secondo lo schema tipo di accordo contrattuale di cui all'Allegato C della D.G.R.V. 597/2017, sono dettagliate le tipologie e quantità delle prestazioni contrattate.

Si precisa altresì che la remunerazione delle prestazioni avviene utilizzando la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione stessa, a 60 giorni dal ricevimento della fattura.

Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali è confermata la completa integrazione dell'offerta sanitaria privata con quella pubblica tramite il Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.) della Azienda U.L.SS. n. 8 "Berica". Sul versante poi dell'attività di ricovero si rappresenta come la Regione Veneto abbia disposto, per ciascuna Azienda U.L.SS., di organizzare ed implementare un sistema che consenta il conseguimento di una completa integrazione delle agende di lista d'attesa per alcune tipologie di prestazioni di ricovero ospedaliero (*sourtout* ricoveri oncologici) effettuate dagli erogatori privati accreditati in argomento.

VI - Direzione Amministrativa Ospedaliera e per le Strutture Private Accreditate/2017/1530

2) PRESTAZIONI RESIDENTI EXTRA VENETO – ANNO 2017:

In applicazione della D.G.R.V. 15 novembre 2016 n. 1816 avente ad oggetto “Erogatori ospedalieri privati accreditati: criteri e determinazione dei tetti di spesa per l'assistenza ospedaliera erogata nei confronti dei cittadini non residenti nel Veneto. Legge 28 dicembre 2015, n. 208, articolo 1, comma 574.”, si sono determinati i tetti da assegnare agli erogatori privati accreditati ospedalieri, considerando quale tetto massimo e non superabile per l'anno 2017 l'importo relativo alle prestazioni ospedaliere rese ad utenti residenti fuori regione consuntivato a fine 2011 applicando una riduzione pari al 2%.

Le medesime prestazioni saranno valorizzate applicando uno sconto del 2% alle tariffe di cui al Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 “Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”.

In ottemperanza al quadro normativo sopra delucidato, si propone pertanto di attribuire i seguenti tetti economici per prestazioni ospedaliere rese in favore di pazienti non residenti in Veneto nel corso del 2017:

Attività di ricovero pazienti non residenti in Veneto	Ricoveri extra veneto 2011	Ricoveri extra veneto 2011 al netto dello sconto 2%	Tetto ricoveri extra veneto 2017 (Val. arrotondamento.)
C.C. Eretenia	183.788,22	180.112,46	181.000,00
C.C. Villa Berica	2.176.854,62	2.133.317,53	2.134.000,00
C.C. Villa Margherita	1.451.912,08	1.422.873,84	1.423.000,00
TOTALE	3.812.554,92	3.736.303,82	3.737.000,00

Ai sensi della precitata deliberazione giuntale, sono da considerarsi in supero al tetto extraregione come sopra determinato, le prestazioni di ricovero erogate nel corso del 2017 di alta specialità comprensive di unità spinali (cod. 28), di unità di neuroriabilitazione (cod. 75) e per disturbi del comportamento alimentare (DCA). Con riferimento a tali specialità, si ipotizza un costo per l'anno 2017 pari ad Euro 1.250.000,00=, sulla scorta dei ricoveri erogati nel corso del 2016 a pazienti non residenti in Veneto presso erogatori privati accreditati ospedalieri insistenti sul territorio dell'Azienda U.L.SS. n. 8 “Berica”.

Alla luce di quanto sopra rappresentato sub punti nn. 1) e 2) si propone di prendere atto della stipula e relativa sottoscrizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati Casa di Cura Eretenia S.p.A., Villa Berica S.p.A. e Villa Margherita S.r.l., che si allegano alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale.

La spesa complessiva da porre a carico del Bilancio Sanitario - anno 2017 ammonta a complessivi **Euro 41.655.000,00=** di cui:

- **Euro 28.488.000,00=** per le prestazioni in regime di ricovero in favore di utenti residenti nel Veneto, di cui negoziato tra le Parti un importo di Euro 7.272.000,00=;

- **Euro 4.987.000,00=** per prestazioni ospedaliere rese ad utenti residenti extra Veneto, di cui Euro 3.737.000,00=, calcolate con riferimento alle prestazioni rese ad utenti residenti fuori regione consuntivato a fine 2011 applicando una riduzione pari al 2% in ossequio alla deliberazione giuntale, ed Euro 1.250.000,00= quantificate sulla base delle prestazioni di ricovero di alta specialità - comprensive di unità spinali (cod. 28), di unità di neuroriabilitazione (cod. 75) e per disturbi del comportamento alimentare (DCA) – erogate nell'anno 2016 dalle tre strutture accreditate e da considerarsi in supero al tetto extraregionale per l'anno 2017;
- **Euro 8.000.000,00=** per le prestazioni specialistiche ambulatoriali in favore di utenti residenti nel Veneto, di cui negoziato tra le Parti un importo lordo di Euro 5.639.288,40 - (pari al 60% del budget ambulatoriale Veneto), al netto di Euro 1.400.000,00 riferiti a quote di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) da parte dell'utenza calcolate in base al valore storico;
- **Euro 180.000,00=** per prestazioni ambulatoriali rese ad utenti residenti in altre regioni (escluso Veneto), al netto delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) da parte dell'utenza calcolate in base al valore storico.””

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.””

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di prendere atto della stipula degli accordi contrattuali con Casa di Cura Eretenia S.p.A., Villa Berica S.p.A. e Villa Margherita S.r.l., che si allegano alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;
2. di prendere atto che la spesa stimata per prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali a carico dell'Azienda è pari a complessivi Euro 41.655.000,00 = e trova riferimento nel bilancio sanitario anno 2017:
 - a. CDEL 55.04.000015 Euro 33.475.000,00=
 - b. CDEL 55.04.000058 Euro 4.470.000,00=
 - c. CDEL 55.04.000060 Euro 3.710.000,00=
3. di prendere atto che le prestazioni erogate in sfondamento al tetto finanziario assegnato non potranno essere, in alcun caso, oggetto di remunerazione in favore degli erogatori privati accreditati;
4. di demandare alla Direzione Amministrativa Ospedaliera e per le Strutture Private Accreditate i seguiti di competenza, ivi compresa l'eventuale correzione di errori o l'apporto di modifiche non sostanziali agli allegati alla presente deliberazione;
5. di trasmettere copia del presente provvedimento ed i relativi allegati alla Regione del Veneto - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria;

6. di pubblicare la presente all'Albo dell'Ente e nel sito internet aziendale alla pagina "Amministrazione Trasparente" ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(App.to Dr. Tiziano Zenere)

Il Direttore Sanitario
(App.to Dr.ssa Simona Aurelia Bellometti)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(App.to Dr. Salvatore Barra)

IL DIRETTORE GENERALE
(F.to digitalmente Giovanni Pavesi)

Il presente atto è eseguibile dalla data di adozione.

Il presente atto è **proposto per la pubblicazione** in data 26-10-2017 all'Albo on-line dell'Azienda con le seguenti modalità:

Oggetto e contenuto

Copia del presente atto viene inviato in data 26-10-2017 al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5, L.R. 14.9.1994, n. 56).

IL RESPONSABILE PER LA GESTIONE ATTI
DEL SERVIZIO AFFARI LEGALI E
AMMINISTRATIVI GENERALI

Accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda U.L.SS n. 8 "Berica" e

GLI EROGATORI OSPEDALIERI PRIVATI ACCREDITATI

Premesso che:

- la Casa di Cura Villa Berica S.p.A. è soggetto in possesso dell'autorizzazione all'esercizio in virtù del decreto 28 novembre

2016, n. 36 e dell'accreditamento istituzionale in virtù della deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2155 del 23 dicembre

2016 per l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero e della delega della Giunta Regionale del Veneto n. 2137 del 23 dicembre

2016 per l'erogazione di specialistica ambulatoriale per conto del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) a favore dei cittadini residenti

nella Regione Veneto ed in altre Regioni secondo la dotazione di funzioni, attività e specialità ambulatoriali e nel limite del numero dei posti letto previsto dalla vigente scheda di dotazione ospedaliera (allegato

n.1);

- l'art. 8 *quinquies* del d.lgs. 502/92 e successive modifiche prevede che la Regione e l'Azienda U.L.SS definiscano accordi con le strutture

pubbliche ed equiparate e stipulino contratti con quelle private e con i professionisti accreditati;

- ai sensi dell'art. 17, comma 3, della L.R. 16 agosto 2002, n. 22, la Giunta Regionale disciplina i rapporti di cui all'articolo 8-*quinquies* del

D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni mediante uno schema

tipo di accordo contrattuale con il quale si stabiliscono l'indicazione

delle quantità e delle tipologie di prestazioni da erogare e le modalità



[Handwritten signature]

delle verifiche e dei controlli;

- la L.R. 25 ottobre 2016, n. 19, ha istituito l'Azienda Zero, individuando le funzioni assegnate alla stessa;

- la D.G.R. n. 597 del 28 aprile 2017 disciplina i criteri e la determinazione dei tetti di spesa e dei volumi di attività per il triennio 2017-2019

per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto e definisce il sistema e le

regole per l'erogazione e la remunerazione dell'attività in parola;

- che il presente accordo contrattuale è redatto in duplice copia, di cui una da trasmettere alla Segreteria Regionale per la Sanità a cura dell'Azienda U.L.SS. .

Tutto ciò premesso e considerati il livello di spesa e i volumi di attività individuati dalla Regione ai sensi della normativa vigente;

tra

l'Azienda U.L.SS n. 8 "Berica" di Vicenza (di seguito "Azienda U.L.SS") rappresentata dal Direttore Generale *pro tempore*, dott. Giovanni Pavesi (nato a Verona il 10/07/1961) con sede in Vicenza via Rodolfi n. 37 c.f. 02441500242;

e

Casa di Cura Villa Berica S.p.A. (di seguito "erogatore privato accreditato") in persona del legale rappresentante e Direttore Generale *pro tempore* dr.ssa Carla Trevisan, nata ad Arzignano (VI) il 05/01/1958, con sede in via Capparozzo n. 10, C.F. e R.I. 06002511001 - P.IVA 02933770246, il quale dichiara, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, di



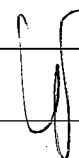
non essere stato condannato con provvedimento definitivo (inclusi sentenza pronunciata a seguito di applicazione della pena su richiesta delle parti, decreto penale di condanna) per reati che comportano l'incapacità di contrarre con la P.A.,

si conviene e si stipula il seguente:

ACCORDO CONTRATTUALE

Art. 1 - Oggetto

L'erogatore privato accreditato eroga, per conto e con oneri a carico del servizio sanitario regionale, le prestazioni sanitarie - rientranti nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, nonché degli eventuali livelli integrativi regionali - di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno (*day hospital - day surgery*), di *day service* nonché di assistenza specialistica ambulatoriale, di diagnostica strumentale e di laboratorio, nel rispetto delle funzioni, attività, specialità indicati nella deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2155 del 23 dicembre 2016 per l'erogazione di prestazioni ricovero ospedaliero e nella deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2137 del 23/12/2016 per l'erogazione di specialistica ambulatoriale per conto del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) relativamente al rilascio dell'accreditamento istituzionale, nel rispetto del numero dei posti letto di cui alla vigente scheda di dotazione ospedaliera e nel rispetto dei tetti di spesa e di attività stabiliti dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 597 del 28 aprile 2017, e precisate dall'Azienda Sanitaria negli allegati nn. 2 e 3 al presente accordo contrattuale, secondo una calendarizzazione articolata in dodicesimi nell'arco dell'anno solare, fatte salve le



esigenze dettagliate dall'Azienda U.L.SS., con una fluttuazione massima del 15%.

Art. 2 - Governo delle liste d'attesa

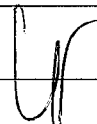
1. La Regione del Veneto promuove il governo delle liste d'attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo alle migliori prestazioni sanitarie, in un luogo e con una tempistica adeguati, nonché la sicurezza delle stesse, mediante l'individuazione di strategie per la gestione delle criticità, in conformità del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa.

2. Le Aziende UU.LL.SSSS., ai sensi dell'art. 38 della L.R. 30/12/2016 n. 30, hanno l'obbligo di erogare le prestazioni sanitarie di cui alla presente legge nei confronti dei propri assistiti, anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati previa stipula degli appositi accordi contrattuali previsti dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

3. Per le finalità di cui al comma 1, le Aziende UU.LL.SSSS. e ospedaliere, anche tramite gli erogatori privati accreditati, devono rispettare nei confronti dei propri assistiti i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

4. Al fine di garantire l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per le cd. "traccianti" ai sensi dell'allegato A della D.G.R.V. 600/2007 e s.m.i., in garantita 1 e 2:

a) il medico prescrittore ha l'obbligo, nel caso di prima visita o di esa-



mi diagnostici, di attribuire la appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico.

b) le classi di priorità sono lo strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie considerando la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore e la data di erogazione proposta.

c) le classi di priorità sono le seguenti:

1) classe U (Urgente) entro 24 ore dalla presentazione;

2) classe B (Breve Attesa) entro 10 giorni dalla prenotazione;

3) classe D (Differita) entro 30 giorni dalla prenotazione;

4) classe P (Programmabile) entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

5. Qualora alla prima visita sia attribuita la classe di priorità U, le Aziende UU.LL.SSSS. e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati devono organizzare idonei percorsi assistenziali, anche mediante l'accesso diretto agli ambulatori, ove possibile.

6. La classe di priorità U è riservata, di norma, alle prescrizioni di prima visita specialistica ambulatoriale. Nel caso di necessità di ulteriori accertamenti e controlli, le Aziende UU.LL.SSSS. e ospedaliere, anche mediante gli erogatori privati accreditati, devono organizzare la presa in carico dell'assistito da parte del medico specialista.

7. Le visite e gli accertamenti di controllo devono essere effettuati, nel tempo previsto dal medico prescrittore, dallo stesso ovvero da altri medici appartenenti alla medesima struttura sanitaria.

8. Non è ammessa la chiusura delle agende di prenotazione.



9. Gli erogatori pubblici e gli erogatori privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali nominano il proprio CUP Manager con il compito di organizzare e monitorare i processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

Art. 3 - Obblighi dell'erogatore privato accreditato

Alto scopo di garantire la continuità assistenziale, l'erogatore privato accreditato si impegna ad effettuare un'adeguata programmazione della propria offerta sanitaria distribuendo la stessa, senza soluzione di continuità, nell'arco dell'intero anno.

L'erogatore privato accreditato nell'esercizio della propria attività garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge, regolamenti, e comunque, delle norme di ogni rango e tipo, nessuna esclusa, ivi compresi quelli emanati da ANAC in relazione ad ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività. Si impegna, in particolare, all'osservanza della disciplina nazionale e regionale in materia di:

a) tariffe per le prestazioni di ricovero ospedaliero, come eventualmente rimodulate previo accordo tra le parti;

b) tariffe per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, come eventualmente rimodulate previo accordo tra le parti;

c) verifiche e controlli nell'ambito del sistema sanitario;

d) incompatibilità del personale adibito all'erogazione delle prestazioni oggetto del presente accordo nonché dei titolari di una partecipazione nel soggetto erogatore privato accreditato;

e) utilizzo dei ricettari;

f) rispetto dei protocolli di appropriatezza erogativa e prescrittiva;

g) compartecipazione alle spese da parte del cittadino;

h) completa integrazione, tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda U.L.SS, delle agende relativamente alle prestazioni ambulatoriali; assicura l'erogazione delle prestazioni nel rispetto dei tempi previsti dalle nuove classi di priorità (B,D,P).

Qualora l'erogatore prenotasse ed erogasse al di fuori dei tempi delle nuove classi di priorità in modalità "garantita 1", tali prestazioni non potranno essere oggetto di rimborso;

i) integrazione con l'Azienda U.L.SS delle agende relativamente alle prestazioni di ricovero;

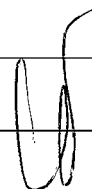
j) tutela per la responsabilità civile verso terzi per sinistri che possono derivare agli utenti o a terzi durante l'espletamento del servizio;

k) sistema informativo sanitario, con riferimento agli obblighi di tenuta documentale, ai debiti informativi nei confronti dell'Azienda U.L.SS, della Regione e dei Ministeri della Salute e delle Finanze;

L'erogatore privato accreditato deve, inoltre:

I. assicurare livelli di qualità delle tecnologie e dei presidi sanitari che garantiscano i parametri di qualità efficienza e sicurezza delle attività sanitarie;

II. rispettare quanto disposto dalla D.G.R. n. 610 del 29 aprile 2014 avente ad oggetto *"Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Articolo 8, comma 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Deliberazione n. 179/CR del 30 dicembre 2013" pena la revoca dell'accreditamento*";



III. adempiere a quanto previsto dall'art. 1, comma 5, lett. b), del

D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

IV. concorrere all'ottimizzazione dell'offerta complessiva dell'Azienda U.L.S.S., orientando la propria attività in relazione agli indirizzi della programmazione regionale e locale e agli effettivi bisogni dei cittadini, nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le diverse classi di priorità delle prestazioni, in applicazione del principio solidaristico di cui all'art. 2 Cost.

L'erogatore privato accreditato comunica con congruo anticipo eventuali sospensioni di funzioni o attività sanitarie, oggetto del presente accordo; il preavviso dev'essere tale da garantire continuità assistenziale e da evitare disagio all'utenza.

L'erogatore privato accreditato assicura l'osservanza delle regole di correttezza e di buona fede nell'esecuzione dell'accordo contrattuale anche sotto il profilo amministrativo-contabile. L'erogatore privato accreditato, tenuto conto dei criteri e dei volumi di attività stabiliti dalla programmazione regionale per gli anni 2017, 2018 e 2019, giusta D.G.R. n. 597 del 28 aprile 2017, eroga assistenza ospedaliera e prestazioni sanitarie ambulatoriali nelle funzioni/attività/specialità accreditate, per conto e con oneri a carico del S.S.R., ai cittadini residenti nel Veneto, nel limite dei tetti e delle modalità stabilite con la summenzionata D.G.R. n. 597/2017.

Eroga assistenza ospedaliera e prestazioni ambulatoriali per conto e con oneri a carico del S.S.N. ai cittadini non residenti nel Veneto secondo le disposizioni regionali vigenti nel corso del rapporto e nel ri-



spetto di eventuali accordi specifici tra la Regione del Veneto e altre Regioni, con le tipologie, il volume e le modalità ivi indicate.

L'erogatore privato accreditato accetta il sistema di remunerazione del finanziamento a funzione se dovuto.

Art. 4 - Obblighi dell'Azienda U.L.SS

L'Azienda U.L.SS garantisce l'osservanza di tutte le norme di ogni rango e tipo in relazione ad ogni aspetto concernente l'esercizio della propria attività.

L'Azienda U.L.SS effettua le attività di verifica e controllo sull'applicazione del presente accordo tramite il proprio Nucleo di Controllo Aziendale.

L'Azienda U.L.SS comunica tempestivamente all'erogatore privato accreditato ogni aggiornamento della discipline nazionale e regionale avente riflessi diretti sull'applicazione del presente accordo ai fini della modifica del medesimo nonché ogni informazione utile al corretto adempimento degli obblighi assunti dall'erogatore privato accreditato.

Art. 5 - Remunerazione e pagamento delle prestazioni

La remunerazione delle prestazioni avviene utilizzando la tariffa in vigore al momento dell'esecuzione della prestazione stessa, nei termini di legge, e secondo quanto disciplinato dalla Giunta Regionale con la D.G.R. n. n. 597 del 28 aprile 2017 relativa ai tetti di spesa.

Il tempo di pagamento delle prestazioni erogate previsto e di 60 giorni dal ricevimento della fattura. Il pagamento delle



prestazioni non pregiudica il recupero di somme che, a seguito di accertamenti successivi, risultassero non dovute o dovute solo in parte.

Art. 6 - Requisiti autorizzativi e di accreditamento

L'erogatore privato accreditato si impegna a mantenere nel tempo i requisiti autorizzativi e di accreditamento previsti dalla normativa statale e regionale vigente. Si impegna, inoltre, ad eseguire le prestazioni nel rispetto degli *standards* previsti dalla legge regionale n. 22/2002 e s.m.i. e dai provvedimenti attuativi della stessa, a va accompagnata da iniziative volte al miglioramento continuo della qualità.

Art. 7 - Durata dell'accordo

Il presente accordo ha durata dall'01/01/2017 al 31/12/2017, e comunque non oltre la validità del provvedimento di accreditamento istituzionale.

La revisione del budget, in vigenza del presente accordo, potrà comportare la ridefinizione del contenuto dell'allegato 1 e del relativo budget assegnato alla struttura

Non è ammessa proroga automatica e/o tacita.

In caso di cessazione dell'attività su iniziativa dell'erogatore, corre l'obbligo per il medesimo di darne preventiva comunicazione all'azienda con preavviso di almeno 90 giorni, garantendo comunque la continuità delle prestazioni per tale periodo e la rifusione dei costi di aggiornamento delle prenotazioni.

Art. 8 - Eventi modificativi e cause di risoluzione del contratto

L'erogatore privato accreditato accetta che:

- l'accreditamento, al pari dell'autorizzazione all'esercizio, non sia ce-

dibile a terzi in mancanza di un atto regionale che ne autorizzi il tra-

sferimento, previa acquisizione del parere favorevole dell'Azienda

U.L.SS; la cessione del contratto a terzi non autorizzata, non produce

effetti nei confronti dell'Azienda U.L.SS, l'erogatore subentrato deve

stipulare un nuovo contratto agli stessi patti e condizioni previsti nel

presente accordo contrattuale;

- ogni mutamento incidente su caratteristiche soggettive (ad es. ces-

sione ramo d'azienda, fusione, scorporo, subentro di altro titolare,

etc.) ed oggettive (ad es. spostamento sede operativa) dell'erogatore

privato accreditato, deve essere tempestivamente comunicato alla

Regione e all'Azienda U.L.SS.

L'Azienda U.L.SS si riserva di risolvere o meno il presente accordo

contrattuale, fornendo all'erogatore privato accreditato

decisione motivata. La Regione opererà le verifiche di propria compe-

tenza.

Il presente accordo si risolve di diritto ai sensi dell'art. 1456 c.c. nei

seguenti casi:

a) perdita di un requisito soggettivo od oggettivo prescritto in capo

all'erogatore privato accreditato previamente accertato dall'Azienda

U.L.SS;

b) accertata incapacità di garantire le proprie prestazioni;

c) accertamento di situazioni di incompatibilità in relazione ai soggetti

operanti per l'erogatore privato accreditato e i relativi titolari di parteci-

pazioni;

Nei casi di risoluzione di diritto viene disposta la revoca dell'accredi-



tamento.

L'Azienda U.L.SS si riserva di sospendere in via cautelare, con apposito atto contenente l'indicazione della durata della sospensione, l'efficacia del presente accordo per il tempo necessario ai fini della verifica delle circostanze che determinano la risoluzione di diritto. Si riserva di disporre analoga sospensione per un tempo espressamente specificato, per altri giustificati motivi attinenti alla regolarità e qualità del servizio.

Il presente contratto è sottoposto a condizione risolutiva, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 11, comma 2, del D.P.R. 252/1998, in quanto stipulato in pendenza del ricevimento delle informazioni di cui dell'articolo 10 del predetto decreto.

Art. 9 - Adempimenti in materia di privacy

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 29 del D.Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'erogatore è nominato responsabile esterno del trattamento dei dati personali per quanto necessario alla corretta esecuzione del presente accordo.

In particolare, l'erogatore si impegna ad osservare quanto previsto nel documento (Misure minime di sicurezza e documento programmatico sulla sicurezza) approvato con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda U.L.SS. n. 80 del 16.03.2006 e a porre in essere le misure di sicurezza disposte dalla normativa vigente, allo scopo di ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, di dati personali nonché di accesso non autorizza-



to o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità per le quali essi sono raccolti.

Art. 10 - Adeguamento dell'accordo contrattuale a disposizioni nazionali e regionali.

Le parti assumono l'obbligo di adeguare il contenuto del presente accordo contrattuale in attuazione di sopravvenute disposizioni nazionali o regionali, con indicazione dei termini relativi alle nuove obbligazioni assunte.

Art. 11 - Modifiche e integrazioni dell'accordo contrattuale

Eventuali modifiche al presente accordo contrattuale, potranno essere inserite previa acquisizione del parere favorevole della Regione.

Eventuali integrazioni al presente accordo contrattuale, finalizzate al perseguimento degli obiettivi di politica sanitaria regionale e locale, potranno essere inserite previo consenso di entrambe le parti.

Art. 12 - Controversie

Le controversie relative all'interpretazione ed esecuzione del presente accordo non risolte bonariamente tra le parti sono devolute al giudice competente in via esclusiva del Foro di Vicenza.

Art. 13 - Registrazione

Il presente Accordo è soggetto ad imposta di bollo, ai sensi del D.P.R. del 26 ottobre 1972 n. 642 con oneri a carico dell'Erogatore.

E' soggetto a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'art. 5°, 2° comma del D.P.R. 26 aprile 1986 n. 131 a cura ed a spese della parte richiedente.



Art. 14 - Norma di rinvio

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

Letto, firmato e sottoscritto

Per l'azienda U.L.SS. n. 8 "Berica"

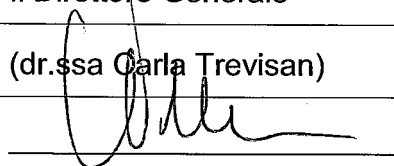
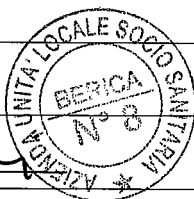
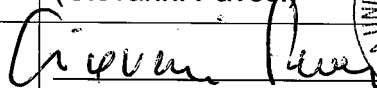
Per l'erogatore privato

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale

(Giovanni Pavesi)

(dr.ssa Carla Trevisan)



Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Cod. Civ, si approvano e distintamente sottoscrivono le previsioni contrattuali di cui agli Artt. 1 (Oggetto), 2 (Governo delle liste d'attesa), 3 (Obblighi dell'erogatore privato accreditato), 8 (Eventi modificativi e cause di risoluzione del contratto), 12 (Controversie)

Letto, firmato e sottoscritto

Vicenza, 03 AGO 2017

Per l'azienda U.L.SS. n. 8 "Berica"

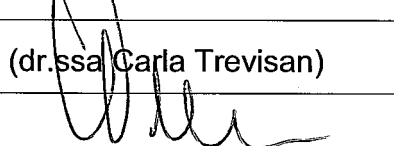
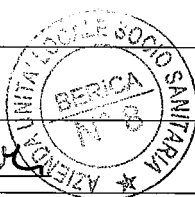
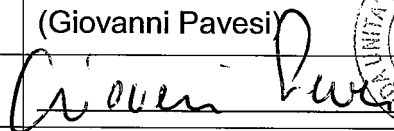
Per l'erogatore privato

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale

(Giovanni Pavesi)

(dr.ssa Carla Trevisan)



CASA DI CURA VILLA BERICA S.P.A.
SCHEMA SOGGETTO ACCREDITATO

	Budget assegnato - D.G.R. 597/2017- all. A-B	% di contrattazione	Quota Budget 2017 soggetta a contrattazione
attività di ricovero	€ 10.860.000,00	25%	€ 2.715.000,00
Amb - area Laboratorio	€ 237.000,00	60%	€ 142.200,00
Amb - area FKT	€ 141.000,00	60%	€ 84.600,00
Amb - area Radiologia	€ 2.199.000,00	60%	€ 1.319.400,00
Am - area ALTRO (branca a visita)	€ 2.640.814,00	60%	€ 1.584.488,40
TOTALE	€ 16.077.814,00		€ 5.845.688,40

Funzioni esercitate in regime di ricovero

AREA FUNZIONE OPERATIVA	CODICE	FUNZIONI	NOTE	Posti Letto Accreditati	Posti Letto Accreditati extraregione
MEDICA	26	Medicina Generale	Con attività diabetologia e cardiologia. Senza attività di Elettrosiologia ed Emodinamica.	21	3
CHIRURGIA	9	Chirurgia generale	Con attività di Ginecologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Urologia	14	5
	98	Day Surgeri multidisciplinare		10	
	36	Ortopedia e Traumatologia		10	3
TERAPIA INTENSIVA	49	Posti letti terapia intensiva		2	
RIABILITATIVA	60	Lungodegenti		10	
	56	Recupero e Riabilitazione Funzionale		20	2

Funzioni esercitate in regime ambulatoriale

Macro Area	Codice	branca specialistica
1 - LAB	03	Medicina di laboratorio
2 - FKT	56	Medicina Fisica e Riabilitazione
3 - RAD	69	Radiologia diagnostica
4 - ALTRO	08	Cardiologia
4 - ALTRO	09	Chirurgia generale
4 - ALTRO	19	Endocrinologia
4 - ALTRO	32	Neurologia
4 - ALTRO	34	Oculistica
4 - ALTRO	36	Ortopedia e Traumatologia
4 - ALTRO	37	Ostetricia e ginecologia
4 - ALTRO	38	Otorinolaringoiatria
4 - ALTRO	43	Urologia
4 - ALTRO	52	Dermosifilopatia

CASA DI CURA VILLA BERICA S.P.A.
CONTRATTAZIONE PRESTAZIONI DI RICOVERO 01/01/2017 - 31/12/2017

Area	Descrizione	DRG /mdc	Numero indicativo ricoveri	Importo indicativo
lungodegenza cod 60	lungodegenza (con circa 2 accoglimenti a settimana)	VARI	65-80	340.000,00
RRF cod 56	riabilitazione ortopedica (con circa 3/4 accoglimenti a settimana)	MDC 8	130-140	585.000,00
Area Medica cod 26	area medica per acuti (da PS+ trasferimenti)	VARI	100-120	480.000,00
AREA CHIRURGICA	Fratture e piccoli interventi	VARI	30/40	120.000,00
	interventi programmati da visite prenotate CUP (percorso diagnostico terapeutico di area chirurgica)	VARI	300	1.190.000,00
Budget contrattato (pari al 25% del budget assegnato di Euro 10.860.000,00)				2.715.000,00

La presente scheda è una indicazione quali/quantitativa di fabbisogno fatta salva la possibilità di un utilizzo diverso tra le aree sanitarie individuate.



PRESTAZIONI in CONTRATTO
TRA AZIENDA ULSS n. 8 BERICA E L'EROGATORE PRIVATO ACCREDITATO CASA DI
CURA VILLA BERICA SPA
ACCORDO CONTRATTUALE RELATIVO AL PERIODO DAL 01/01/2017 AL 31/12/2017

BRANCA : Macro Area "altro" : branche specifiche		
CODPRE	ELENCO INDICATIVO PRESTAZIONI	Numero indicativo prestazioni
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).	2.000
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE.	
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.	
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: Esame del visus, Refrazione con eventuale prescrizione di lenti, Tonometria, Biomicroscopia, Fundus oculi con o senza midriasi farmacologica.	
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Sostituisce 89.26. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4	
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume.	
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: cod. 89.39.1 Osservazione in epiluminescenza	
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	
BRANCA : 08 CARDIOLOGIA		
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3	115
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3	1.600
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2	220
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	1.500
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	800
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO.	140
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	420
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)	1.250
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA.	400
89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	10
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA.	485
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).	1.000
BRANCA : 09 CHIRURGIA		
38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visit	30
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	90
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	10
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	10
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma.	20
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	100

89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esis	20
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE.	360
96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura.	160
96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di otto sedute)	520
96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute)	500
96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare-. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	30
96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	10
96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia troncurre, sedazione farmacolog	20
BRANCA : 58 GASTROENTEROLOGIA		
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino	600
45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	10
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione Escluso: PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA 45.25	50
45.42	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Poliplectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Poliplectomia con approccio addominale	50
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle endoscopie, biopsie in corso di endoscopia, TAC e RM	600
BRANCA : 19 ENDOCRINOLOGIA		
89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esis	130
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO.	1.900
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.	900
BRANCA : 39 NEUROLOGIA		
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	160
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	100
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9	100
93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	515
93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	515
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	30
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	50
BRANCA : 34 OCULISTICA		
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo.	100
89.11	TONOMETRIA. Non associabile a cod. 95.02	20
95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO. Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali	10
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: Esame del visus, Refrazione con eventuale prescrizione di lenti, Tonometria, Biomicroscopia, Fundus oculi con o senza midriasi farmacologica.	1.000

95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI. Non associabile a cod. 95.02	370
BRANCA : 36 ORTOPEDIA		
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	200
80.61	ARTROSCOPIA CHIRURGICA. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	100
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	170
82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	50
89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO.	140
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	1.500
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO.	20
BRANCA : 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO.	30
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso vulvoscopia Non associabile a 67.19.1	40
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Sostituisce 89.26. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4	1.600
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, prelievo citologico	20
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al codice 89.26.2.	115
BRANCA : 38 OTORINOLARINGOIATRIA		
89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esis	100
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume.	1.050
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	90
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE.	40
BRANCA : 52 DERMOSIFILOPATIA		
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	40
86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO. (Per seduta)	660
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. (Per seduta)	220
89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esis	200
89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO.	120
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: cod. 89.39.1 Osservazione in epiluminescenza	1.800
macro 4 - IMPORTO LORDO CONTRATTATO 2017 (minimo Euro 1.584.500 pari al 60% budget assegnato)		1.591.000,00

BRANCA : 56 RIABILITAZIONE		
CODPRE	ELENCO INDICATIVO PRESTAZIONI	Numero indicativo prestazioni
89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esis	100
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE.	250
93.12.1	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA SEMPLICE - La prestazione sostituisce cod. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3, 93.11.4. Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	400
93.12.2	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA COMPLESSA - La prestazione sostituisce cod. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3 E 93.11.4. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1.300

93.19.3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - La prestazione sostituisce cod. 93.19.1. Per seduta individuale di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	200
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO. Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	200
93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	2.900
93.39.8	MAGNETOTERAPIA. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	25
93.39.9	ULTRASONOTERAPIA. Con testina fissa e ad immersione Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1.075
93.40.4	ULTRASONOTERAPIA. Con testina mobile Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	800
99.99.2	LASERTERAPIA ANTALGICA A scansione più manipolo. La prestazione sostituisce cod. 99.99.1 Per seduta (ciclo di dieci sedute di 20 minuti ciascuna).	840
99.99.3	LASERTERAPIA ANTALGICA - La prestazione sostituisce cod. 99.99.1 Per seduta (ciclo di 10 sedute di 10 minuti ciascuna)	1.240
macro 2 - IMPORTO LORDO CONTRATTATO 2017 (minimo Euro 84.600 pari al 60% budget assegnato)		85.200,00

BRANCA : 69 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

CODPRE	ELENCO INDICATIVO PRESTAZIONI	Numero indicativo prestazioni
06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE.	255
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	100
83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI.	100
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	205
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	300
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(87.03.D)	
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.4)	
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.4)	
87.03.5	TC DELL' ORECCHIO. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC. [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	100
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	
87.03.F	TC DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	265
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	20
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	10
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO - La prestazione sostituisce cod. 87.17.1. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento.	40

87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE. (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	1.170
87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA. (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	
87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifascico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	275
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	2.750
87.41	TC DEL TORACE. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].	
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino].	200
87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA. (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	
87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	
87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	500
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	
87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	
87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO MDC.	120
87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a 87.61, 87.62, 87.62.1, 87.62.2, 87.63, 87.64.1, 87.65.1, 87.65.2, 87.65.3	
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO MDC.	70
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE.	100
87.77	CISTOGRAFIA. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	50
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO. Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	10
87.79.1	URETROGRAFIA. (3 radiogrammi)	20
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni.	
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3	130
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4	
88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	10
88.21.2	RX DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	
88.22.1	RX DEL GOMITO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	
88.23.1	RX DEL POLSO. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	
88.26.2	RX DELL'ANCA. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	
88.27.1	RX DEL FEMORE. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	3.900
88.27.3	RX DELLA GAMBA. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	
88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO.	
88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA. (3 proiezioni)	
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE.	10
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9	

88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9.	
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9	100
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9	
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA. La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	20
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	1.015
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	2.700
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro	
88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	4.000
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
88.76.3	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso vasi viscerali. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	100
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	200
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Per singolo distretto. Inclusa eventuale integrazione Colordoppler.	600
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO.	20
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione Colordoppler.	1.010
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a cod. 88.79.E	150
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	810
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	100
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o diastasi muscolare. Incluso eventuale integrazione colordoppler	10
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a cod. 88.79.6	70
88.90.4	RM DI RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC. La prestazione sostituisce cod. 88.90.2.	40
88.94.4	RM DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.94.1. Incluso parti molli, distretto vascolare.	
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA LOMBARE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA FEMORALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1.500
macro 3 - IMPORTO LORDO CONTRATTATO 2017 (minimo Euro 1.319.400 pari al 60% budget assegnato)		1.330.000,00