



Allegato alla deliberazione n. 9 del 9 GENNAIO 2013

CONVENZIONE TRA L'A.S.L. V.C.O. E LO STUDIO MEDICO SPECIALISTICO "UNIMED s.r.l." PER PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATHOLOGICA

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale V.C.O. (d'ora in poi ai fini della presente convenzione denominata ASL), Partita IVA n. 00634880033, con sede legale in Omegna (VB), Viale Mazzini 117, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore f.f. SOC Direzione Sanitaria Ospedaliera Dr. Vincenzo DE STEFANO, ivi domiciliato per la carica;

E

Lo Studio Medico Specialistico UNIMED s.r.l. (d'ora in poi ai fini della presente convenzione denominato UNIMED), codice fiscale e partita IVA n. 01937980033, con sede legale in Verbania Fraz. Intra, Via S. Vittore, 145, rappresentata ai fini del presente atto dal Direttore Sanitario Dr. Andrea Bianco, ivi domiciliato per la carica;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1) – Oggetto della convenzione

L'ASL si impegna a mettere a disposizione il servizio di Anatomia Patologica del Presidio Ospedaliero di Verbania per prestazioni che saranno richieste dalla UNIMED

Art. 2) – Modalità di raccolta e invio dei campioni biologici

Il prelievo e la raccolta dei campioni biologici è effettuato a cura della UNIMED; le modalità di invio degli stessi presso la struttura di anatomia patologica sono concordate direttamente con il Servizio di Anatomia Patologica dell'A.S.L.

Art. 3) – Corrispettivo

L'U.O.A. di Anatomia Patologica dell'ASL VCO assume l'impegno di assicurare le prestazioni di sua competenza e per tutte le tipologie di esami dalla stessa eseguibili alle tariffe indicate nel prospetto allegato al presente disciplinare.

Art. 4) – Modalità di pagamento dei corrispettivi

L'U.O.A. di Anatomia Patologica dell'ASL fatturerà alla UNIMED le prestazioni effettuate a favore della stessa, sulla base delle tariffe riportate nell'allegato alla convenzione, con la specifica del tipo e numero degli esami eseguiti e del



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod Fisc. 00634880033

nominativo del paziente nei confronti del quale gli esami sono stati effettuati.
La UNIMED provvederà al pagamento delle fatture emesse dall'ASL entro 30 giorni dalla data di emissione .

Art. 5) – Durata della convenzione - Recesso

La presente convenzione ha validità per il periodo 1 Gennaio 2013 / 31 Dicembre 2013, fatta salva la possibilità di recesso anticipato da notificarsi tra le parti a mezzo lettera raccomandata A/R.

La convenzione potrà essere rinnovata alla scadenza previo accordo tra le parti contraenti.

Art. 6) – Privacy

Il personale prestatore delle attività oggetto della presente convenzione si impegna ad ottemperare a quanto disposto dal D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", in relazione al trattamento dei dati personali e sensibili dei quali venga a conoscenza durante l'espletamento dei compiti assegnatigli.

Art. 7) – Regime fiscale

In conformità a quanto previsto dall'art. 5 del D.P.R. 26.04.86, n. 131, il presente atto è soggetto a registrazione solo in caso d'uso.

Letto, confermato e sottoscritto.

Verbania,

Studio Medico Specialistico
UNIMED S.r.l.
IL DIRETTORE SANITARIO
Dr. Andrea Bianco

A.S.L. V.C.O.
IL DIRETTORE F.F.
SOC DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA
Dr. Vincenzo DE STEFANO



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ALLEGATO 1) al disciplinare per prestazioni rese dal servizio di Anatomia Patologica dell'A.S.L. V.C.O. a favore della UNIMED s.r.l.

TIPOLOGIA DI ESAMI

CODICE REG.	PRESTAZIONI	TARIFFE
ESAMI CITOLOGICI		
91.38.5	Es. CITOLOGICO cervico vaginale (Pap-Test)	€ 15,00
91.39.1	Es. CITOLOGICO da agoaspirazione Nas	€ 43,00
91.39.2	Es. CITOLOGICO di espettatorato (fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 35,00
91.39.3	Es. CITOLOGICO di versamenti (fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 35,00
91.39.4	Es. CITOLOGICO urine per ricerca di cellule neoplastiche (fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	€ 18,00
ESAMI ISTOCITOPATOLOGICI		
91.39.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO articolazioni:tessuto fibrotendineo In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	€ 35,00
91.40.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO articolazioni:biopsia sinoviale, biopsia tendinea	€ 35,00
91.40.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO bulbo oculare: biopsia semplice	€ 26,00
91.40.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO cavo orale: biopsia semplice	€ 26,00
91.40.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO cute (Shave o punch)	€ 26,00
91.40.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO cute e/o tessuti molli: biopsia escisionale	€ 35,00
91.41.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO cute e/o tessuti molli: biopsia incisionale	€ 26,00
91.41.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. digerente: Agobiopsia epatica	€ 48,00
91.41.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. digerente: biopsia endoscopica (sede unica)	€ 26,00
91.41.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. digerente: biopsia endoscopica (sede multipla)	€ 56,00
91.41.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. digerente: biopsia ghiandola salivare	€ 26,00
91.42.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. digerente: Polipectomia endoscopica (sede multipla)	€ 56,00
91.42.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. digerente: Polipectomia endoscopica (sede singola)	€ 26,00
91.42.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. muscolo scheletrico: biopsia incisionale o punch	€ 53,00
91.42.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. respiratorio: Agobiopsia pleurica	€ 53,00
91.42.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. respiratorio: Biopsia cavità nasali	€ 26,00



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormeago (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

CODICE REG.	PRESTAZIONI	TARIFFE
91.43.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. respiratorio: biopsia endobronchiale (sede unica)	€ 26,00
91.43.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. respiratorio: biopsia endobronchiale (sede multipla)	€ 56,00
91.43.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. respiratorio: biopsia laringea	€ 26,00
91.43.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. respiratorio: biopsia via aeree (sedi multiple)	€ 56,00
91.43.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: Agobiopsia ovarica	€ 56,00
91.44.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: Agobiopsia prostatica	€ 56,00
91.44.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia annessi testicolari	€ 26,00
91.44.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia cervicale ed endometriale (con raschiamento del canale)	€ 56,00
91.44.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia cervice uterina	€ 26,00
91.44.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia endometriale (VABRA)	€ 26,00
91.45.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia endoscopica vescicale (sede unica)	€ 26,00
91.45.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia endoscopica vescicale (sedi multiple)	€ 56,00
91.45.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia pene	€ 26,00
91.45.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia testicolare	€ 26,00
91.45.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia vaginale	€ 26,00
91.46.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia vulvare (sede unica)	€ 26,00
91.46.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia vulvare (sedi multiple)	€ 56,00
91.46.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: biopsia cervicali (sedi multiple)	€ 56,00
91.46.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO App. urogenitale: polipectomia endocervicale	€ 26,00
91.46.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Mammella: biopsia stereotassica	€ 56,00
91.47.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Mammella: Nodulectomia	€ 50,00
91.47.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Sistema emopoietico: agobiopsia linfonodale	€ 56,00
91.47.3	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Sistema emopoietico: agobiopsia linfonodale (sedi multiple)	€ 96,00



A.S.L. VCO.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale: Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvc.co.it - www.aslvc.co.it

P.I./Cod Fisc. 00634880033

CODICE REG.	PRESTAZIONI	TARIFFE
91.47.4	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Sistema emopoietico: asportazione di linfonodo superficiale	€ 96,00
91.47.5	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Sistema emopoietico: biopsia osteo midollare	€ 96,00
91.48.1	Es. ISTOCITOPATOLOGICO Sistema endocrino: agobiopsia tiroidea	€ 56,00
91.48.2	Es. ISTOCITOPATOLOGICO S:N.P: biopsia di nervo periferico	€ 35,00