

CONTRATTO INTEGRATIVO PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI TRA L'AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA VAL PADANA E LA FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO PER LA CASA DI CURA "SAN CAMILLO" PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI RICOVERO E CURA, DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE – **Anno 2017.**

PREMESSO

1. che con Deliberazione n. VI/47508 del 29.12.99 la Giunta Regionale ha, fra l'altro, approvato lo schema tipo di contratto tra l'ASL (ora ATS) e i soggetti pubblici e privati erogatori di assistenza sanitaria in regime di ricovero e cura nonché ambulatoriale;
2. che l'art. 11 di tale schema tipo prevede che "in caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali generali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato";
3. che costituisce causa ostativa alla stipula del contratto la sussistenza di una sentenza di condanna che incide sulla moralità professionale, ai sensi dell'art. 80, comma 1) del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
4. che con la DGR n. IX/3856 del 25.07.2012, come modificata dalla DGR n. IX/4606 del 28.12.2012 ed integrata dalla DGR n. 3275 del 16.3.2015, sono stati stabiliti i requisiti previsti per la sottoscrizione del contratto da parte delle strutture accreditate di diritto privato, ai cui contenuti si rimanda integralmente;
5. che con la Deliberazione n. 5954 del 5.12.2016 la Giunta Regionale ha stabilito che l'attuale contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra ATS ed erogatori sia integrato con l'indicazione delle valorizzazioni relative alle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, nonché delle modalità di applicazione delle regressioni tariffarie sino alla soglia per cui le strutture si impegnano ad erogare prestazioni per conto del servizio sanitario regionale;
6. che ai sensi dell'art. 21, comma 5 della legge regionale n.33/2009, così come modificato dalla legge regionale 23/2015, gli erogatori aderiscono al Sistema Informativo Socio Sanitario regionale (SISS) secondo le modalità definite dalla Giunta regionale nell'ambito del progetto CRS-SISS;

7. che in data 15.01.2016 tra l'ATS Val Padana e la FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO si è stipulato un contratto per l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura e specialistica ambulatoriale/diagnostica strumentale;

Dato atto che le parti, dopo approfondito esame di quanto dettagliato nell' Allegato alla DGR X/5954/2016, nonché delle successive DGR X/6505/2017 e DGR X/6592/2017, ne hanno condiviso le regole procedurali ed hanno raggiunto un accordo concernente le modalità applicative della negoziazione;

Visto l'art. 15 della legge regionale n. 33/2009, così come modificata dalla legge regionale 23/2015;

Tutto ciò premesso

tra

l'**AGENZIA di TUTELA della SALUTE della VAL PADANA** (di seguito ATS), con sede legale in Mantova, via dei Toscani n. 1 – C.F.02481970206, nella persona del Direttore Generale dott. Salvatore Mannino,

e

la **FONDAZIONE "OPERA SAN CAMILLO"** con sede legale in Milano, via Oldofredi n. 11 - C.F.97477630152 per la struttura sanitaria di ricovero e cura denominata Casa di Cura San Camillo con sede in Cremona, via Mantova n. 113, nella persona del dott. Andrea Pantò, in qualità di amministratore delegato

si conviene e si stipula, ad integrazione del contratto già stipulato in data 15.01.2016, le cui disposizioni rimangono in vigore tra le parti stesse, per quanto non diversamente previsto dal presente contratto integrativo, con la sottoscrizione dei seguenti articoli:

Art. 1 - Oggetto

Le presenti disposizioni, nelle parti corrispondenti e per il periodo indicato nel successivo art.8, integrano il contratto già stipulato tra l'ATS Val Padana e la FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO in data 15.01.2016.

Art. 2 - Ambito di applicazione

Le presenti disposizioni integrative al contratto come sopra richiamato, si applicano a tutta la produzione di attività legata alla erogazione di prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale e di diagnostica

strumentale prodotta dalle strutture ubicate nel territorio della ATS per tutti i cittadini residenti in Regione Lombardia e non solo alla quota relativa ai consumi dei propri residenti. La DGR X/6592 del 12.5.2017 ha inoltre stabilito che per le strutture di diritto privato sia necessario prevedere che la mobilità attiva relativa a casistica a bassa complessità per pazienti fuori regione abbia un tetto complessivo a livello regionale per il 2017 pari a € 129.000.000,00 e che, al superamento di predetta soglia venga applicata una regressione tariffaria finalizzata a garantire il rispetto complessivo di suddetto limite. Tali prestazioni devono essere prestate secondo gli stessi criteri di appropriatezza e di reale necessità che guidano l'erogazione dei servizi per i residenti lombardi e le attività di controllo svolte dalle ATS sui propri erogatori riguardano anche l'appropriatezza e la correttezza delle prestazioni garantite a cittadini non residenti in Regione Lombardia. Quanto appena detto vale sia per le prestazioni di ricovero che per quelle di specialistica ambulatoriale che dovranno essere controllate secondo le quantità e le modalità individuate dalla DGR che ha definito le regole di esercizio 2017.

In relazione ai criteri temporali relativi all'ambito di applicazione delle norme contenute nella presente integrazione contrattuale, si precisa che per quanto attiene le attività di ricovero sono conteggiabili esclusivamente quelle con data di dimissione a decorrere dal 01.01.17 e per quanto attiene le prestazioni ambulatoriali sono conteggiabili esclusivamente quelle erogate a far tempo dalla data dell'01.01.17.

Art. 3 - Valorizzazione per le attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale

Per le **attività di ricovero e cura** la valorizzazione relativa alle attività garantite a cittadini residenti in Lombardia e stranieri onere 8 viene individuata nella quota di **€ 7.081.901,00** che è calcolata sulla base del finanziato 2016, successivamente rimodulata sulla base delle valutazioni di performance di cui alla DGR IX/351 del 28 luglio 2010 "Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura. Resta fermo che l'attribuzione di queste risorse è subordinata alle indispensabili valutazioni inerenti l'appropriatezza riscontrata nel corso delle attività di controllo effettuate dalle ATS per l'anno 2016 ed alla possibilità reale, sempre verificata dalle ATS, di garantire da parte del soggetto erogatore il massimo livello di appropriatezza di erogazione anche per l'anno 2017.

Con la DGR X/4702 del 29/12/2015 e la DGR X/5954 del 05/12/2016 sono stati definiti dei parametri di riferimento per:

- i ricoveri relativi ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza;
- la percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

Sulla base dei predetti parametri sono state individuate per i due esercizi delle percentuali di riduzione tariffaria per la casistica non congruente.

In considerazione del basso impatto sul 2016, inferiore ai 300.000 € complessivi, gli abbattimenti per il 2016 saranno applicati contestualmente a quelli previsti sulla produzione 2017.

Per le attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale la quota di risorse corrisponde al valore calcolato secondo il disposto delle DGR X/5954/2016, il tutto portato al 92% (€ 4.378.139,00), a cui sono da aggiungersi € 237.942,00 che corrispondono ad un'ulteriore quota pari a 5 punti percentuali, attribuita dalla ATS secondo i progetti di cui all'art.4. La quota totale ammonta a **€ 4.616.081,00**, valore da considerarsi quale 97%. Tra il 97% e il 103% delle risorse, sarà applicato alle valorizzazioni prodotte un abbattimento fino al 30% (60% per la branca di laboratorio analisi) e tra il 103% e il 106% fino al 60%.

All'interno della suddetta quota di budget si definisce in **€ 59.126,00** la somma destinata prioritariamente allo Screening così come declinato nell'allegato 2) al presente contratto. Le indicazioni operative sono riportate nel citato allegato 2) e si intendono condivise e accettate con la sottoscrizione del presente contratto.

Al fine di promuovere ulteriormente la riduzione dei tempi di attesa e l'accessibilità ai servizi di tutte le tipologie di utenti, compresi coloro che sono soggetti al pagamento del ticket e di ridurre al minimo il ricorso obbligato a prestazioni in solvenza, ancorché a costi ridotti, si prevede che agli erogatori che nell'esercizio 2017 abbiano erogato un valore inferiore al 106% e contemporaneamente non abbiano rispettato la disciplina dei tempi di attesa venga applicata una decurtazione sulla intera produzione valorizzata pari allo 0,2% per ogni punto, o frazione di punto, di produzione mancante al raggiungimento del valore del 106% che gli erogatori sono impegnati a rendere, fino ad un massimo dell'1,8%.

L'importo di tale decurtazione verrà portato in detrazione nella liquidazione delle prestazioni erogate nel 2017, ma non comporterà una riduzione nell'individuazione del finanziato 2017 ai fini della determinazione del budget per gli anni successivi.

Art. 4 - Progetti per il miglioramento della qualità dei servizi

Alla Struttura è destinata una quota di risorse di € 237.942,00 (5%) relativa alle attività di specialistica ambulatoriale, vincolata all'attuazione di specifici progetti sviluppati con la finalità di migliorare la qualità dei servizi erogati. La predetta quota sarà riconosciuta previa valutazione del raggiungimento degli obiettivi definiti dal progetto di cui all'allegato 1) del presente contratto.

Oltre a ciò si formula proposta attiva di somministrazione di vaccinazione MPR ad almeno il 20% degli operatori sanitari addetti all'assistenza ospedaliera.

Art. 5 - Raggiungimento del valore di produzione assegnato e programmazione delle attività

Le parti concordano che il raggiungimento del valore negoziato per le attività di specialistica sarà valutato applicando ai volumi delle prestazioni erogate nel corso del 2017 le tariffe in vigore alla data di dimissione per i ricoveri ed alla data di effettuazione della prestazione o di chiusura del ciclo per la specialistica ambulatoriale. L'erogatore, si impegna a programmare l'erogazione delle attività sanitarie in modo omogeneo durante tutto l'arco dell'anno con le risorse economiche negoziate, al fine di evitare cali di offerta nell'ultimo trimestre dell'anno.

Art. 6 - Controllo dell'applicazione dei contenuti del contratto

Le Parti concordano di finalizzare le attività dei Nuclei Operativi di Controllo delle ATS, oltre che allo svolgimento dei compiti istituzionali indicati nella normativa regionale sul tema, anche a verifiche concernenti la corretta applicazione dei contenuti del presente contratto ed una particolare attenzione sarà posta nel valutare le prestazioni di ricovero a basso peso di cui all'allegato 2C del DPCM LEA e le prestazioni ambulatoriali per cui, sempre sulla base del citato DPCM, sono previste delle limitazioni di accesso. Le Parti concordano inoltre che le eventuali minori valorizzazioni derivanti dall'esito dei controlli, al termine del

processo di validazione delle contestazioni, incideranno sul valore lordo della produzione delle prestazioni sanitarie erogate nel periodo di validità del presente contratto.

Art. 7 - Utilizzo del ricettario regionale per prescrizione di specialistica ambulatoriale

I soggetti erogatori si impegnano al pieno rispetto delle indicazioni date con la DGR 9581/09 e s.m.i. relativamente alla prescrizione effettuata dai propri specialisti di prestazioni ambulatoriali il cui pieno rispetto rappresenta un'obbligazione contrattualmente rilevante.

Art. 7bis - Rete Regionale di Prenotazione

Il progetto Rete Regionale di Prenotazione è iniziativa di Regione Lombardia, e prevede di mettere a disposizione di tutti i soggetti erogatori pubblici e privati che vogliano aderire al progetto, il servizio per la prenotazione di prestazioni specialistiche sanitarie. Oggetto del servizio sono i contatti gestiti (prenotazioni, spostamenti e revoche), per il soggetto erogatore sottoscrittore. In adempienza, alle indicazioni della DGR 6538 del 30.1.2008, una parte del costo del contatto gestito è a carico della singola struttura erogatrice. L'Ufficio CCR dell'ATS di Milano comunicherà alle ATS ed a ogni soggetto erogatore pubblico/privato aderente alla Rete Regionale di prenotazione i dati riferiti ai contatti gestiti e l'onere a carico della singola struttura erogatrice che dovrà essere detratto dall'ATS dall'importo riconosciuto alla stessa (struttura erogatrice) per la prestazione erogata – come sancito dalle DGR 1424/2014 e DGR2958/2014.

Le parti prendono atto che gli adempimenti che si richiedono agli enti aderenti al progetto sono periodicamente fissati e rivisti con provvedimenti di Giunta, il Piano annuale SISS ed il Piano di Diffusione della Rete Regionale di Prenotazione.

Art.8 - Validità e durata

Le presenti disposizioni integrative hanno validità per il periodo 01.01.2017 - 31.12.2017, fatta salva la facoltà di recesso di cui all'art. 11 dello schema tipo di contratto approvato con DGR 47508/99 e fermo restando il mantenimento dei requisiti previsti dall'accreditamento. Ai sensi dell'art. 15, comma 6 della L.33/2009, così come modificato dalla L.R. 23/2015, l'erogatore dichiara la piena accettazione delle regole di

sistema e segnatamente del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e dell'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione.

Art. 9 - Risoluzione del contratto

Il contratto potrà essere risolto, ai sensi dell'art. 1456 del c.c. (clausola risolutiva espressa), nel caso in cui sussistano le cause di divieto, decadenza o sospensione previste dalla normativa antimafia. La validità del presente contratto è pertanto subordinata alla verifica con esito positivo dell'insussistenza delle suddette cause.

(Imposta di bollo assolta ex art. 6 del DM 17.06.2014)

Letto, confermato e sottoscritto digitalmente.

IL DIRETTORE GENERALE

ATS della VAL PADANA

dott. Salvatore Mannino

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO

dott. Andrea Pantò

All.1)**Erogatore: Casa di Cura San Camillo**

L'Erogatore si impegna al rispetto delle disposizioni delle DGR n. X/5954/2016, e alla condivisione ed al perseguimento degli obiettivi indicati in sede regionale ai Direttori Generali delle ATS.

Alla Struttura viene assegnata una quota di risorse corrispondenti a cinque punti percentuali dell'importo complessivo del contratto per prestazioni ambulatoriali, con l'impegno a:

Obiettivi generali:

<ul style="list-style-type: none"> • individuare d'intesa con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) dell'ATS della Val Padana una adeguata gestione dei singoli percorsi di screening oncologico sia per i test di primo livello che per gli accertamenti di secondo livello (vedi allegato 2); • garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa; • garantire la prosecuzione del progetto ambulatori aperti 	10
<p>SISS Per quanto riguarda Servizio Informativo Integrato MOSA, gli SLA (Service Level Agreement) saranno oggetto di monitoraggio da parte dell'ATS nel corso dell'anno, indicativamente a partire da giugno/luglio. A tal proposito, con l'obiettivo di garantire un livello qualitativo adeguato del servizio, verranno monitorati la percentuale di invii dei flussi MOSA senza errori, l'effettivo invio giornaliero del flusso, la percentuale di record sospesi, la percentuale di reclami sulle prenotazioni effettuate e la corrispondenza tra le date di disponibilità comunicate con il flusso MOSA con quelle effettivamente disponibili nei sistemi di prenotazione aziendale</p>	10
<p>Promozione della Salute L'Erogatore si impegna a collaborare con il DIPS per la promozione della salute e dei corretti stili di vita. Pertanto, l'impegno richiesto in questo ambito consiste nella collaborazione allo sviluppo e all'attuazione del Piano Integrato Locale (PIL) di promozione della salute per l'anno di esercizio 2017 (rif. Decreto ATS VALPADANA N° 93 del 9 marzo 2017: "Approvazione del Piano Integrato Locale degli interventi di promozione della salute per l'anno 2017")</p>	10
<p>Reti di patologia L'Erogatore si impegna ad operare in integrazione territoriale nell'ambito delle Reti di patologia REL, ROL, ReNE, Stroke, STEMI, Trauma, Diabete, Donazione e trapianto, in aderenza ai rispettivi PDTA e fornendo proprio specifico contributo per il perseguimento degli obiettivi regionali dell'ATS attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il rispetto dei valori obiettivo regionali per i relativi indicatori; • la partecipazione allo sviluppo delle attività in capo al DIPO ed al Dipartimento Interaziendale Cure Palliative; • la partecipazione ai tavoli di lavoro e tavoli tecnici coordinati dall'ATS, dal DIPO e dal Dipartimento Interaziendale Cure Palliative; • la condivisione ed adozione di protocolli omogenei. 	10
<p>Relativamente a Donazione e Trapianti l'Erogatore si impegna all'avvio della partecipazione al raggiungimento degli obiettivi regionali dell'ATS in materia di donazione di cornee (almeno 10% dei deceduti in corso di ricovero) e conservazione di tessuto osseo (almeno 10% dei DRG con protesi), attraverso la stipula di specifico accordo di collaborazione con l'ASST di Cremona.</p>	10

Il punteggio attribuito dall'ATS nella misurazione degli obiettivi sin qui descritti corrisponderà ai criteri di calcolo stabiliti da Regione Lombardia per la valutazione del Direttore Generale della stessa nei medesimi punti.

Obiettivi specifici:

Area	Obiettivo	Indicatore	Peso
INDICAZIONI GENERALI	Rispetto delle scadenze segnalate dall'ATS per l'inserimento dei dati relativi ai tempi d'attesa nell'area dedicata nel sito web ATS	100% degli inserimenti entro la scadenza prevista	5
	Indicazione sulla prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali della classe di priorità e del quesito diagnostico, sulla base dell'esigenza clinica riscontrata nel momento dell'anamnesi da parte degli specialisti interni	Incremento della corretta compilazione del campo della classe di priorità	5
TEMPESTIVITÀ, COMPLETEZZA E QUALITÀ DEL DEBITO INFORMATIVO	Tempestività del debito informativo del flusso 28/SAN da parte degli erogatori	100% delle trasmissioni mensili entro la scadenza prevista	5
	Completezza del debito informativo del flusso 28/SAN da parte degli erogatori	≤ 1% di record 28/SAN in ritardo di due mesi oltre la scadenza prevista	5
	Qualità del flusso di ritorno dell'attività di autocontrollo	≤ 5% di errori "formali"	5
		≤ 5% di errori "sostanziali"	5
Puntuale compilazione del campo relativo alla data di prenotazione della prestazione	≥ 90%	5	
CRS-SISS	Corretta gestione del ciclo prescrittivo DEM da parte degli EE	1) % Prescrizioni DEM in stato bloccato/Erogato, associate alle prestazioni rendicontate in 28-SAN, pari al 95% 2) % Prescrizioni DEM in stato Erogato, associate alle prestazioni rendicontate in 28-SAN, pari al 60%	5
	Servizi Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)	1) incremento del numero dei referti pubblicati su FSE (tutte le tipologie) 2) tempestività di pubblicazione: - LIS-PS 95% entro 24H - Altra tipologia 90% entro 48H	5
URP	Partecipazione alle iniziative promosse dall'URP dell'ATS della Val Padana, al fine di valorizzare la Customer Satisfaction, con condivisione di alcune modalità di trattamento delle segnalazioni, anche attraverso la costruzione di una struttura di FORUM degli URP	Partecipazione ≥ 80% agli incontri che verranno organizzati	5

All.2) – Screening

Erogatore: Casa di Cura San Camillo

INTERVENTI DI PREVENZIONE

Rispetto alle attività per garantire il controllo dei tumori oggetto di interventi di sanità pubblica in regime di screening oncologico, si ritiene necessario richiamare le Linee di indirizzo regionali a supporto della programmazione di esercizio 2017, con particolare riferimento:

- al punto 5.3.3 della DGR 5954 del 5/12/2016 rispetto alla negoziazione: nell'ambito del budget 2017 è identificata una quota destinata alle attività di screening oncologico organizzato garantendo un +3% rispetto all'analoga quota del 2016. Nel contratto sono pertanto rappresentati i volumi e la tipologia delle prestazioni di primo e secondo livello di screening oltre che eventuali ulteriori prestazioni utili al perfezionamento della diagnosi ascrivibili al percorso di screening;
- al punto 6.2 della stessa DGR 5954 del 5/12/2016 rispetto ai tempi di attesa per l'approfondimento diagnostico a seguito di test di screening positivo (mammografia e sangue occulto fecale), per cui nei piani aziendali di governo dei tempi di attesa dovranno ricomprendersi anche le attività ambulatoriali di secondo livello in regime di screening;
- DDG n. 1221 del 7/2/2017 riguardante l'assegnazione alle ATS di risorse per l'ampliamento dell'offerta attiva di screening oncologici attraverso la contrattazione con gli erogatori;
- Decreto 3711 del 3/4/2017 riguardante l'ampliamento delle fasce di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella (45-74 anni) e per la prevenzione dei tumori coloretali (50-74 anni), per cui entro dicembre 2017 le indicazioni operative di RL orientano ad ampliare gradualmente la chiamata alla popolazione tra 70-72 anni;

Condizioni di esercizio per le prestazioni di screening:

- a) screening mammografico: refertazione della mammografia di screening seguendo la procedura della lettura in doppio cieco; presenza di radiologi con comprovata esperienza in materia di screening mammografico (requisito minimo 5.000 mammografie/anno)
- b) screening coloretale: esecuzione della pancoloscopia in sedazione vigile, completamento delle indagini ricorrendo ad altro percorso di screening (clisma opaco, tac virtuale) < 5% dei casi totali, disponibilità ad effettuare percorso di follow-up endoscopico attivo, implementazione delle agende in funzione dei volumi attesi
- c) collaborazione attiva ai processi di reingegnerizzazione della gestione informatica di segmenti di attività attualmente gestiti con supporto cartaceo (processi di dematerializzazione dei documenti)
- d) collaborazione alle rilevazioni e alle revisioni dei cancri intervallari, in accordo con ATS e secondo le indicazioni e richieste di Regione Lombardia
- e) tutti i prelievi cito/istologici provenienti da attività in screening sono da conferire, come di consueto, presso il Servizio di Anatomia Patologica dell'ASST di Cremona.

Condizioni per i tempi di attesa per le prestazioni di screening:

- a) screening mammografico, 1° livello: refertazione di prima lettura entro 3 giorni lavorativi (>90% dei casi)
- b) screening colon-retto, 2° livello: entro 30 giorni lavorativi dopo l'esito positivo del sangue occulto fecale(>90% dei casi); accesso diretto (=senza necessità dell'impegnativa, ma all'interno del percorso di screening) all'esecuzione del clisma opaco/colon TAC entro 10 giorni dalla colonscopia risultata incompleta.

Volumi di attività :

Tutte le prestazioni di seguito elencate dovranno essere rendicontate nel tracciato record della Circolare 28/SAN e successive integrazioni, con utilizzo del codice identificativo **prestazione "S"**. Tale codifica DEVE essere utilizzata per tutte le prestazioni elencate di seguito, effettuate all'interno del percorso di screening e conseguentemente offerte GRATUITAMENTE al cittadino.

SCREENING MAMMOGRAFICO

Tipo prestazione	Numerosità	Tariffa (€)	Totale (€)	Incremento numerosità 3%	Incremento budget 3% (€)	Totale budget incrementato (€)
87.37.1 Mammografia bilaterale di 1° livello compresa la lettura in doppio cieco	850	44,87	38.139,5	25	1.121,75	39.261,25
87.37.2 mammografia monolaterale	136	25,5	3.468	5	127,5	3.595,5
88.73.1 eco bilaterale	60	40,06	2.403,6	2	80,12	2.483,72
88.92.9 RMN	1	252,14	252,14	0	0	252,14
88.73.2 eco monolaterale	21	23,8	499,8	1	23,8	523,6
85.11.2 Biopsia ecoguidata mammella	10	38,53	€ 385,3	3	115,59	500,89
85.11.2 biopsia mini-invasiva "vacuum assisted" con sistema di guida ecografico	2	454,79	909,58	0	0	909,58
TOTALE			46.057,92		1.468,76	47.526,68

SCREENING COLORETTALE

Prestazione	Volumi	Tariffa unitaria	totale €	incremento numerosità 3% (anche in considerazione ampliamento fascla età)	Incremento budget 3%	Totale budget incrementato
89.7 visita generale (visita specialistica prima visita)	100	22,50	2250	3	67,50	2317,5
4525 COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o eventuali brushing, washing per prelievo di campione	50	77,31	3.865,50	2	115,97	3.981,47
87652 Clisma opaco	5	109,26	546,30	0	0,00	546,30
88016 COLON TAC	1	209,54	209,54	0	0,00	209,54
4542 Pancolon+polipectomia	40	110,84	4.433,60	1	110,84	4.544,44
TOTALE			11.304,94		294,31	11.599,25

RIEPILOGO

Linea di screening	Budget	Incremento 3%	Budget incrementato
Mammografico	€ 46.057,92	€ 1.468,76	€ 47.526,68
Colorettale	€ 11.304,94	€ 294,31	€ 11.599,25
TOTALE	€ 57.362,86	€ 1.763,07	€ 59.125,93