**Allegato 2 sub a**

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

**e-mail PEC:** protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse per il recupero delle liste di attesa 2022 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/6002 del 21.02.2022 – Struttura accreditata e a contratto.**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con deliberazione n. …..del ………, per il recupero delle liste di attesa 2022 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/6002 del 21.02.2022

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere addendum contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con la numerosità e la tipologia delle prestazioni di ricovero per acuti e specialistica ambulatoriale/medicina dello sport, che si ritiene di poter erogare nel corso del secondo semestre 2022, aggiuntive a quanto già erogato per macroaree specialistiche (con riferimento all’area chirurgica programmata oncologica e di diagnostica strumentale) nel corso del 2019 a favore di assistiti lombardi.

**D I C H I A R A**

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente ………………………………………… (P.IVA ……………………), con sede legale a…………………………... in Via……..……………..…………… n.……, erogatore di prestazioni …………………………….. (indicare se ricovero, ecc.) a contratto con ATS ……….., per la Struttura …………………………………………………… (Cod. …………..) sita in …………………………………, via ………………………n. …………………
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS dell’Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di stimare che la Struttura a contratto sia in grado di utilizzare le risorse per lombardigià assegnate con la contrattazione ordinaria 2022 e che le stesse non siano sufficienti a remunerare le prestazioni aggiuntive di cui alla presente manifestazione di interesse;
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: ………………………………………………….

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci, allega copia di valido documento di identità.

**Luogo e data** ……………………….. **Firmato digitalmente**

Allegati:

* Copia di documento di identità del firmatario
* Copia dell’eventuale procura, nelle forme di legge
* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte

**PROSPETTO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE AD ATS DELL’INSUBRIA,**

**ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**DELL’ENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Per la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**FINALIZZATA AL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA 2022**

|  |
| --- |
| **Prestazioni di specialistica ambulatoriale** |
| Numero progressivo | Codice prestazione | Descrizione prestazione | Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE |
| 1 | 31.42 | LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA |  |
| 2 | 45.16 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] |  |
| 3 | 45.25 | COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. |  |
| 4 | 87.12.1 | TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO |  |
| 5 | 87.22 | RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE |  |
| 6 | 87.23 | RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) |  |
| 7 | 87.24 | RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE |  |
| 8 | 87.37.1 | MAMMOGRAFIA BILATERALE |  |
| 9 | 87.41 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE |  |
| 10 | 87.41.1 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO |  |
| 11 | 87.43.2 | RADIOGRAFIA MONOLATERALE DI COSTE, STERNO, CLAVICOLA |  |
| 12 | 87.44.1 | RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS |  |
| 13 | 88.01.6 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO |  |
| 14 | 88.21 | RADIOGRAFIA DI SPALLA, BRACCIO, TORACO-BRACHIALE |  |
| 15 | 88.26 | RADIOGRAFIA DI BACINO, ANCA |  |
| 16 | 88.27 | RADIOGRAFIA DI FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA |  |
| 17 | 88.28 | RADIOGRAFIA DI CAVIGLIA, PIEDE |  |
| 18 | 88.29.2 | RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA |  |
| 19 | 88.71.4 | DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO |  |
| 20 | 88.72.1 | ECOGRAFIA CARDIACA |  |
| 21 | 88.73.1 | ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA |  |
| 22 | 88.73.5 | ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI |  |
| 23 | 88.74.1 | ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE |  |
| 24 | 88.76.1 | ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO |  |
| 25 | 88.79.3 | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA |  |
| 26 | 88.79.8 | ECOGRAFIA TRANSRETTALE |  |
| 27 | 88.93 | RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA |  |
| 28 | 88.93.1 | RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO |  |
| 29 | 88.94.4 | RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ARTICOLARE EFFETTUATA CON APPARECCHIATURA DEDICATA |  |
| 30 | 89.13 | PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] |  |
| 31 | 89.24 | UROFLUSSOMETRIA |  |
| 32 | 89.26.1 | PRIMA VISITA GINECOLOGICA |  |
| 33 | 89.37.2 | SPIROMETRIA GLOBALE |  |
| 34 | 89.43 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO |  |
| 35 | 89.52 | ELETTROCARDIOGRAMMA |  |
| 36 | 89.7A.1 | PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA |  |
| 37 | 89.7A.2 | PRIMA VISITA ANGIOLOGICA |  |
| 38 | 89.7A.3 | PRMA VISITA CARDIOLOGICA |  |
| 39 | 89.7A.4 | PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE |  |
| 40 | 89.7A.5 | PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA |  |
| 41 | 89.7A.6 | PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE |  |
| 42 | 89.7A.7 | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA |  |
| 43 | 89.7A.8 | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA |  |
| 44 | 89.7A.9 | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA |  |
| 45 | 89.7B.4 | PRIMA VISITA NEFROLOGICA |  |
| 46 | 89.7B.6 | PRIMA VISITA ONCOLOGICA |  |
| 47 | 89.7B.7 | PRIMA VISITA ORTOPEDICA |  |
| 48 | 89.7B.8 | PRIMA VISITA ORL |  |
| 49 | 89.7B.9 | PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA |  |
| 50 | 89.7C.1 | PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA |  |
| 51 | 89.7C.2 | PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA |  |
| 52 | 91.90.5 | TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (fino a 20 allergeni) (per singolo allergene) |  |
| 53 | 91.90.6 | TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni) |  |
| 54 | 93.39.5 | ELETTROTERAPIA ANTALGICA |  |
| 55 | 94.19.1 | PRIMA VISITA PSICHIATRICA |  |
| 56 | 95.02 | PRIMA VISITA OCULISTICA |  |
| 57 | 95.09.1 | ESAME DEL FUNDUS OCULI |  |
| 58 | 95.26 | TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA |  |
| 59 | 87.11.3 | ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE |  |
| 60 | 96.54.1 | ABLAZIONE TARTARO |  |
| 61 | 23.20.1 | RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE |  |
| 62 | 23.01 | ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO |  |
| 63 | 24.39.1 | LEVIGATURA DELLE RADICI |  |
| 64 | 96.54.2 | SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE |  |
| 65 | 89.7B.5 | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE |  |
| 66 | 93.11.4 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE |  |
| 67 | 93.19.1 | ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI |  |
| 68 | 93.01.2 | VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA |  |
| 69 | 93.11.3 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA |  |
| 70 | 93.01.1 | VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE |  |
| 71 | 93.04.2 | VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE |  |
| 72 | 93.11.2 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE |  |
| 73 | 89.7B.2 | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE |  |
| **Medicina dello Sport** |
| Numero progressivo | Codice prestazione | Descrizione prestazione | Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE |
| 74 | 89.52 | ELETTROCARDIOGRAMMA |  |
| 75 | 89.37.1 | SPIROMETRIA SEMPLICE |  |
| 76 | 89.42 | TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS |  |
| 77 | 89.7 | PRIMA VISITA (SOLO PER MEDICINA SPORTIVA) |  |
| 78 | 89.43 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO |  |

|  |
| --- |
| **Prestazioni di ricovero per acuti** |
| Numero progressivo | Descrizione prestazione | Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE |
| 1 | ANGIOPLASTICA CORONARICA  |  |
| 2 | COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA |  |
| 3 | EMORROIDECTOMIA |  |
| 4 | INTERVENTI CHIRURGICI PER MELANOMA |  |
| 5 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO COLON |  |
| 6 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO MAMMELLA |  |
| 7 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO PROSTATA |  |
| 8 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO RETTO |  |
| 9 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE |  |
| 10 | INTERVENTO PROTESI D'ANCA |  |
| 11 | RIPARAZIONE DI ERNIA INGUINALE |  |

**Allegato 2 sub b**

All’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

**e-mail PEC:** protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto: dichiarazione di manifestazione di interesse per il recupero delle liste di attesa 2022 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/6002 del 21.02.2022 – Struttura accreditata**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse, approvato da codesta ATS con deliberazione n. …..del ………, per il recupero delle liste di attesa 2022 in esecuzione di quanto indicato nella DGR n. XI/6002 del 21.02.2022

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di soggetti con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per la realizzazione di quanto in oggetto, allegando alla presente il prospetto con la numerosità e la tipologia delle prestazioni di ricovero per acuti e specialistica ambulatoriale/medicina dello sport, che si ritiene di poter erogare nel corso del secondo semestre 2022;

**D I C H I A R A**

* di essere il Legale Rappresentante (ovvero Procuratore delegato nelle forme di legge) dell’Ente ………………………………………… (P.IVA ……………………), con sede legale a…………………………... in Via……..……………..…………… n.……, erogatore di prestazioni …………………………….. (indicare se ricovero, ecc.) a contratto con ATS ……….., per la Struttura …………………………………………………… (Cod. …………..) sita in …………………………………, via ………………………n. …………………
* di essere consapevole che l’avviso di manifestazione di interesse, indicato in premessa, non costituisce necessariamente impegno da parte dell’ATS dell’Insubria a instaurare futuri accordi contrattuali;
* di indicare il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per ogni comunicazione: ………………………………………………….
* di impegnarsi fin da subito ad ottemperare al debito informativo regionale mediante rendicontazione degli appositi flussi

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false e mendaci, allega copia di valido documento di identità.

**Luogo e data** ……………………….. **Firmato digitalmente**

Allegati:

* Copia di documento di identità del firmatario
* Copia dell’eventuale procura, nelle forme di legge
* Prospetto delle prestazioni aggiuntive proposte

**PROSPETTO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE AD ATS DELL’INSUBRIA,**

**ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**DELL’ENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Per la Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**FINALIZZATA AL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA 2022**

|  |
| --- |
| **Prestazioni di specialistica ambulatoriale** |
| Numero progressivo | Codice prestazione | Descrizione prestazione | Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE |
| 1 | 31.42 | LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA |  |
| 2 | 45.16 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] |  |
| 3 | 45.25 | COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. |  |
| 4 | 87.12.1 | TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO |  |
| 5 | 87.22 | RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE |  |
| 6 | 87.23 | RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) |  |
| 7 | 87.24 | RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE |  |
| 8 | 87.37.1 | MAMMOGRAFIA BILATERALE |  |
| 9 | 87.41 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE |  |
| 10 | 87.41.1 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO |  |
| 11 | 87.43.2 | RADIOGRAFIA MONOLATERALE DI COSTE, STERNO, CLAVICOLA |  |
| 12 | 87.44.1 | RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS |  |
| 13 | 88.01.6 | TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO |  |
| 14 | 88.21 | RADIOGRAFIA DI SPALLA, BRACCIO, TORACO-BRACHIALE |  |
| 15 | 88.26 | RADIOGRAFIA DI BACINO, ANCA |  |
| 16 | 88.27 | RADIOGRAFIA DI FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA |  |
| 17 | 88.28 | RADIOGRAFIA DI CAVIGLIA, PIEDE |  |
| 18 | 88.29.2 | RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA |  |
| 19 | 88.71.4 | DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO |  |
| 20 | 88.72.1 | ECOGRAFIA CARDIACA |  |
| 21 | 88.73.1 | ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA |  |
| 22 | 88.73.5 | ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI |  |
| 23 | 88.74.1 | ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE |  |
| 24 | 88.76.1 | ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO |  |
| 25 | 88.79.3 | ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA |  |
| 26 | 88.79.8 | ECOGRAFIA TRANSRETTALE |  |
| 27 | 88.93 | RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA |  |
| 28 | 88.93.1 | RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO |  |
| 29 | 88.94.4 | RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ARTICOLARE EFFETTUATA CON APPARECCHIATURA DEDICATA |  |
| 30 | 89.13 | PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] |  |
| 31 | 89.24 | UROFLUSSOMETRIA |  |
| 32 | 89.26.1 | PRIMA VISITA GINECOLOGICA |  |
| 33 | 89.37.2 | SPIROMETRIA GLOBALE |  |
| 34 | 89.43 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO |  |
| 35 | 89.52 | ELETTROCARDIOGRAMMA |  |
| 36 | 89.7A.1 | PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA |  |
| 37 | 89.7A.2 | PRIMA VISITA ANGIOLOGICA |  |
| 38 | 89.7A.3 | PRMA VISITA CARDIOLOGICA |  |
| 39 | 89.7A.4 | PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE |  |
| 40 | 89.7A.5 | PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA |  |
| 41 | 89.7A.6 | PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE |  |
| 42 | 89.7A.7 | PRIMA VISITA DERMATOLOGICA |  |
| 43 | 89.7A.8 | PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA |  |
| 44 | 89.7A.9 | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA |  |
| 45 | 89.7B.4 | PRIMA VISITA NEFROLOGICA |  |
| 46 | 89.7B.6 | PRIMA VISITA ONCOLOGICA |  |
| 47 | 89.7B.7 | PRIMA VISITA ORTOPEDICA |  |
| 48 | 89.7B.8 | PRIMA VISITA ORL |  |
| 49 | 89.7B.9 | PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA |  |
| 50 | 89.7C.1 | PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA |  |
| 51 | 89.7C.2 | PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA |  |
| 52 | 91.90.5 | TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (fino a 20 allergeni) (per singolo allergene) |  |
| 53 | 91.90.6 | TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni) |  |
| 54 | 93.39.5 | ELETTROTERAPIA ANTALGICA |  |
| 55 | 94.19.1 | PRIMA VISITA PSICHIATRICA |  |
| 56 | 95.02 | PRIMA VISITA OCULISTICA |  |
| 57 | 95.09.1 | ESAME DEL FUNDUS OCULI |  |
| 58 | 95.26 | TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA |  |
| 59 | 87.11.3 | ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE |  |
| 60 | 96.54.1 | ABLAZIONE TARTARO |  |
| 61 | 23.20.1 | RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE |  |
| 62 | 23.01 | ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO |  |
| 63 | 24.39.1 | LEVIGATURA DELLE RADICI |  |
| 64 | 96.54.2 | SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE |  |
| 65 | 89.7B.5 | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE |  |
| 66 | 93.11.4 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE |  |
| 67 | 93.19.1 | ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI |  |
| 68 | 93.01.2 | VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA |  |
| 69 | 93.11.3 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA |  |
| 70 | 93.01.1 | VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE |  |
| 71 | 93.04.2 | VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE |  |
| 72 | 93.11.2 | RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE |  |
| 73 | 89.7B.2 | PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE |  |
| **Medicina dello Sport** |
| Numero progressivo | Codice prestazione | Descrizione prestazione | Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE |
| 74 | 89.52 | ELETTROCARDIOGRAMMA |  |
| 75 | 89.37.1 | SPIROMETRIA SEMPLICE |  |
| 76 | 89.42 | TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS |  |
| 77 | 89.7 | PRIMA VISITA (SOLO PER MEDICINA SPORTIVA) |  |
| 78 | 89.43 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO |  |

|  |
| --- |
| **Prestazioni di ricovero per acuti** |
| Numero progressivo | Descrizione prestazione | Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE |
| 1 | ANGIOPLASTICA CORONARICA  |  |
| 2 | COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA |  |
| 3 | EMORROIDECTOMIA |  |
| 4 | INTERVENTI CHIRURGICI PER MELANOMA |  |
| 5 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO COLON |  |
| 6 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO MAMMELLA |  |
| 7 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO PROSTATA |  |
| 8 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO RETTO |  |
| 9 | INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE |  |
| 10 | INTERVENTO PROTESI D'ANCA |  |
| 11 | RIPARAZIONE DI ERNIA INGUINALE |  |