

**PROSPETTO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PROPOSTE AD ATS DELL'INSUBRIA,  
ALLEGATO ALLA DICHIARAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE  
DELL'ENTE \_\_\_\_\_**

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

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

PRESTAZIONE			Tariffario (€)	STIMA del numero di prestazioni aggiuntive RICHIESTE A BANDO	Numero prestazioni aggiuntive PROPOSTE
1	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	22,50	50	
2	89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA	22,50	50	
3	89.7A.3	PRMA VISITA CARDIOLOGICA	22,50	100	
4	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	22,50	200	
5	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	22,50	300	
6	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	22,50	80	
7	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	22,50	250	
8	89.7B.8	PRIMA VISITA ORL	22,50	150	
9	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA	22,50	250	
10	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA	22,50	880	
11	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	44,87	200	
12	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	102,93	50	
13	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	164,67	50	
14	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	209,54	50	
15	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	31,90	50	
16	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	40,06	200	
17	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	52,25	300	
18	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	71,79	200	
19	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	31,90	300	
20	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	51,72	100	
21	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	147,56	100	
22	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	231,26	15	
23	88.94.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ARTICOLARE EFFETTUATA CON APPARECCHIATURA DEDICATA	133,68	150	
24	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	27,45	100	
25	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	73,37	50	
26	45.25	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE.	77,31	30	
27	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	52,79	100	
28	89.24	UROFLUSSOMETRIA	11,60	50	
29	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	52,79	60	
30	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	57,01	200	
31	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,60	500	
32	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	7,90	100	
33	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	7,90	100	

<b>TOTALE AMBULATORIALE (€)</b>	<b>214.006,10</b>
---------------------------------	-------------------

**PROCEDURE DI RICOVERO**

PROCEDURA		STIMA Tariffa media per singola PROCEDURA (€)	Numero procedure aggiuntive PROPOSTO	Importo totale PROPOSTO (€)
1	ANGIOPLASTICA CORONARICA	6.500		0
2	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2.500		
3	EMORROIDECTOMIA	1.300		
4	INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO COLON	8.400		
5	INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO PROSTATA	6.000		
6	INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO RETTO	8.300		
7	INTERVENTO PROTESI ANCA	9.500		
8	RIPARAZIONE DI ERNIA INGUINALE	1.800		

<b>TOTALE RICOVERI (€)</b>	<b>190.000,00</b>
----------------------------	-------------------