

# NOMENCLATORE TARIFFARIO

2021





<b>AVVERTENZE</b>	>>	<b>9</b>
<b>TUTELE ASSISTENZA E NON AUTOSUFFICIENZA</b>	>>	<b>22</b>
<b>NOMENCLATORE - TARIFFARIO FASI 1.1.2021</b>	>>	<b>30</b>
<b>SEZIONE B. - VISITE SPECIALISTICHE</b>	>	<b>30</b>
<b>SEZIONE C. - DEGENZE E PRESTAZIONI COMPLEMENTARI</b>	>	<b>30</b>
Degenze	>	30
Rianimazione: prestazioni professionali di tipo rianimativo	>	31
<b>SEZIONE D. - MATERIALI E MEDICINALI</b>	>	<b>32</b>
<b>SEZIONE E. - PRESIDI E PROTESI</b>	>	<b>32</b>
<b>SEZIONE F. - COSTI E COMPENSI PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI TRASFUSIONALI</b>	>	<b>33</b>
Aferesi terapeutica	>	34
Prestazioni professionali	>	34
<b>SEZIONE G. - USO SALE DEDICATE - USO SALA OPERATORIA - USO APPARECCHI SPECIALI IN SALA OPERATORIA - USO STRUMENTI AD ALTO COSTO</b>	>	<b>34</b>
Uso sale dedicate	>	34
Uso sala operatoria	>	35
Uso sala operatoria in regime di ricovero notturno	>	35
Uso sala operatoria in regime di ricovero diurno (day surgery)	>	36
Uso strumenti ad alto costo della struttura sanitaria	>	36
<b>SEZIONE H. - ASSISTENZA EQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA</b>	>	<b>37</b>
<b>SEZIONE I. - ONCOLOGIA MEDICA - CHEMIOTERAPIA</b>	>	<b>37</b>
<b>SEZIONE L. - MEDICINA IPERBARICA</b>	>	<b>38</b>
<b>SEZIONE M. - LITOTRIPSIA</b>	>	<b>38</b>
Rene	>	38
Uretere	>	38
Fegato e vie biliari	>	38
<b>SEZIONE N. - TERAPIE</b>	>	<b>38</b>
Radioterapia	>	39
Trattamenti HIFU	>	40
Terapia antalgica	>	40
Terapie con radionuclidi	>	41
<b>SEZIONE O. - INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO OPPURE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY)</b>	>	<b>41</b>
Cardiochirurgia	>	42
Cardiologia interventistica	>	43

Chirurgia della mammella	>	44
Chirurgia della mano	>	45
Chirurgia del piede	>	46
Chirurgia dermatologica - Crioterapia - Laserterapia	>	47
Chirurgia generale	>	48
Interventi chirurgici minori	>	48
Collo	>	49
Esofago	>	50
Stomaco - Duodeno	>	50
Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano	>	51
Parete addominale	>	52
Peritoneo	>	53
Fegato e vie biliari	>	54
Pancreas - Milza	>	54
Chirurgia oro - maxillo - facciale	>	55
Chirurgia pediatrica	>	57
Chirurgia plastica ricostruttiva	>	57
Chirurgia toraco - polmonare	>	59
Chirurgia vascolare	>	61
Gastroenterologia (diagnostica - atti invasivi)	>	62
Ginecologia	>	63
Neurochirurgia	>	65
Oculistica	>	68
Orbita	>	68
Sopracciglio	>	68
Palpebre	>	69
Vie lacrimali	>	69
Congiuntiva	>	69
Cornea	>	70
Cristallino	>	70
Sclera	>	71
Operazione per glaucoma	>	71
Iride	>	72
Retina	>	72
Muscoli	>	72
Bulbo oculare	>	73

Trattamenti laser	>	73
Ortopedia e traumatologia	>	73
Bendaggi	>	74
Apparecchi gessati	>	74
Lussazioni e fratture	>	75
Interventi incruenti	>	75
Interventi cruenti	>	75
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici	>	78
Ostetricia	>	79
Otorinolaringoiatria	>	80
Orecchio	>	80
Naso e seni paranasali	>	81
Faringe - Cavo orale - Orofaringe	>	82
Laringe e ipofaringe	>	82
Radiologia interventistica	>	83
Urologia	>	84
Piccoli interventi e diagnostica urologica	>	85
Endoscopia diagnostica	>	85
Endoscopia operativa	>	85
Urologia - Atti chirurgici	>	86
Rene	>	86
Uretere	>	87
Vescica	>	88
Prostata	>	88
Uretra	>	88
Apparato genitale maschile	>	89
<b>SEZIONE P. - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI</b>	>	<b>90</b>
Analisi cliniche	>	91
Markers tumorali	>	104
Biologia molecolare	>	104
Test farmacogenetico	>	104
Citogenetica	>	105
Genetica molecolare	>	105
Esami cito/istologici/immunoistochimici	>	106
Esami citologici	>	106
Esami istologici/immunoistochimici	>	107

Prelievi	>	107
Cardiologia	>	108
Diagnostica per immagini	>	108
Angiografia	>	108
Ecografia	>	109
Mineralometria - Densitometria ossea	>	110
Radiologia tradizionale	>	110
Risonanza Magnetica Nucleare	>	113
Tomografia Assiale Computerizzata	>	114
Diagnostica vascolare	>	115
Ultrasonografia doppler - Ecodoppler - Ecocolordoppler	>	115
Medicina nucleare	>	116
Apparato circolatorio	>	116
Apparato digerente	>	117
Apparato emopoietico	>	117
Apparato osteo-articolare	>	117
Apparato respiratorio	>	117
Apparato urinario	>	117
Fegato - vie biliari - milza	>	118
Sistema nervoso centrale	>	118
Tiroide e paratiroide	>	118
Altri organi	>	118
Neurologia	>	119
Oculistica	>	119
Otorinolaringoiatria	>	120
Pneumologia	>	121
Test allergometrici/Allergologia	>	122
<b>SEZIONE Q. - FISIOKINESITERAPIA</b>	>	<b>122</b>
Riabilitazione cardiologica	>	123
Riabilitazione neuromotoria	>	123
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	>	124
Kinesiterapia (terapia di movimento)	>	124
<b>SEZIONE S. - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE</b>	>	<b>124</b>
<b>SEZIONE T. - CURE TERMALI</b>	>	<b>125</b>
<b>SEZIONE U. - TICKET</b>	>	<b>125</b>
<b>SEZIONE V. - PACCHETTI CHIRURGICI</b>	>	<b>125</b>

Cataratta	>	126
Protesi totale d'anca e Revisione di Protesi totale d'anca	>	126
Refrattiva	>	127
Gastroenterologia	>	128

Gentili Iscritti e Spettabili Strutture Sanitarie,

si ricorda che, come consolidato dal 1° gennaio 2015 (decisione del Consiglio di Amministrazione del Fondo con il parere positivo dell'Agenzia delle Entrate e del Ministero della Salute), per richiedere al Fondo i rimborsi delle spese sanitarie, si devono inoltrare le fotocopie delle fatture e non più gli originali.

**L'invio della documentazione avviene, sia per gli assistiti che per le Strutture Sanitarie, tramite la procedura online che offre la possibilità di trasmettere digitalmente la documentazione sanitaria e di spesa utilizzando le credenziali di accesso all'Area Riservata (codice posizione e password).**

La trasmissione digitale di tutta la documentazione, consente agli iscritti e alle Strutture Sanitarie la riduzione dei tempi di liquidazione da parte del Fasi e l'accesso costante alla consultazione di tutta la documentazione di spesa (nelle rispettive sezioni e limitatamente a quanto concesso dalla normativa sulla privacy).

Per coloro che non hanno accesso ai canali digitali, il Fasi continua, in via residuale, ad accettare le richieste di rimborso di prestazioni ricevute tramite i tradizionali canali postali.

Si ricorda che le fatture di acconto devono sempre essere presentate unitamente alle fatture di saldo/saldo parziale, la cui data di emissione determina il trimestre di competenza, nonché il termine entro il quale la richiesta di prestazioni deve essere obbligatoriamente inviata al Fasi per il previsto rimborso.

**La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti entro i termini previsti dal Regolamento ([www.fasi.it](http://www.fasi.it)), dietro presentazione della documentazione di spesa, avverrà esclusivamente sulla base delle voci e con i criteri riportati nel Nomenclatore - Tariffario Fasi in vigore.**



## AVVERTENZE

Le **Avvertenze**, così come le **Premesse Specifiche di Brancha**, costituiscono parte integrante del **Nomenclatore – Tariffario**, in quanto forniscono, per alcune tipologie di prestazioni, le indicazioni ed i requisiti per la corretta richiesta dei rimborsi in forma diretta e indiretta.

Il Nomenclatore - Tariffario riporta l'elenco delle prestazioni di Medicina e Chirurgia rimborsate dal Fasi ed identificate tramite un codice progressivo e la relativa descrizione. Tale elenco è soggetto a periodici aggiornamenti, in linea con l'evoluzione delle branche medico-chirurgiche.

Il Nomenclatore - Tariffario è suddiviso in diciotto Sezioni di seguito indicate:

- SEZIONE B – visite specialistiche;
- SEZIONE C – degenze e prestazioni complementari;
- SEZIONE D – materiali e medicinali;
- SEZIONE E – presidi e protesi;
- SEZIONE F – prestazioni trasfusionali;
- SEZIONE G – uso sala operatoria e strumenti ad alto costo;
- SEZIONE H – assistenza medica in reparti di medicina;
- SEZIONE I – oncologia medica;
- SEZIONE L – medicina iperbarica;
- SEZIONE M – litotripsia;
- SEZIONE N – terapie oncologiche;
- SEZIONE O – interventi chirurgici;
- SEZIONE P – accertamenti diagnostici;
- SEZIONE Q – fisiokinesiterapia;
- SEZIONE S – tutele non autosufficienza;
- SEZIONE T – cure termali;
- SEZIONE U – ticket;
- SEZIONE V – pacchetti chirurgici.

In alcuni casi, le **Sezioni** possono essere precedute da **Premesse Specifiche di Brancha**, che forniscono ulteriori chiarimenti e regolano anch'esse l'accesso al rimborso delle prestazioni.

Il Fasi rimborsa, solo in modalità diretta, prestazioni di Prevenzione riportate all'interno della Guida alle Strutture (di colore blu) e consultabile sul sito del Fasi ([www.fasi.it](http://www.fasi.it)).

Le voci non presenti nel Nomenclatore - Tariffario sono da considerarsi come non rimborsabili (indipendentemente se le prestazioni siano fruite in forma diretta o indiretta), fermo restando che, in virtù di quanto sopra indicato, il Fondo si riserva di valutarne la rimborsabilità e l'eventuale inserimento nelle successive edizioni.

Non sono ammesse autonome codifiche per similitudine delle prestazioni/cure effettuate.

### Prestazioni odontoiatriche

Per il rimborso delle prestazioni odontoiatriche, si rimanda al **Nomenclatore – Tariffario Odontoiatria (Guida verde)** in cui vengono esposte le regole ed i termini di accesso per tali prestazioni. Nel caso di prestazioni odontoiatriche eseguite in regime di ricovero (notturno o diurno) con anestesia generale, in Strutture Sanitarie

regolarmente autorizzate dalle autorità competenti, non dovrà essere istruita la pratica odontoiatrica secondo le procedure indicate nella guida suddetta ma, dovrà essere inoltrata tutta la documentazione necessaria secondo l'iter previsto per i ricoveri.

Le tariffe massime di rimborso di riferimento, per le singole prestazioni odontoiatriche, saranno quelle espresse nel Nomenclatore - Tariffario Odontoiatria vigente nell'anno di emissione della fattura di saldo e le stesse concorreranno alla valorizzazione delle altre voci (sala operatoria ecc.).

Si specifica che, poiché le prestazioni odontoiatriche possono essere eseguite ambulatorialmente (studio/presidio/servizio odontoiatrico autorizzato per l'odontoiatria e protesi dentaria), oltre quanto previsto come "obblighi" per le singole prestazioni odontoiatriche (documentazione pre e post cure, eventuale certificazione ecc.), dovrà essere allegata alla richiesta di rimborso, la copia della cartella clinica dalla quale si potranno rilevare tutte le prestazioni odontoiatriche eseguite (tipologia e sede nominale ed anatomica) ed il quadro sistemico critico per la salute del paziente che ha reso necessaria l'esecuzione delle prestazioni in regime di ricovero (qualsiasi tipologia). In tal caso, i medicinali e i materiali sanitari (ambidue ed indipendentemente se utilizzati in sala operatoria e/o in degenza) e l'anestesia di qualsiasi tipo (diversa dall'anestesia generale), si intendono compresi all'interno delle tariffe di rimborso massime previste dalle singole voci.

Per l'anestesia generale (non assimilabile all'anestesia loco-regionale, alla sedazione profonda e/o alla sedazione cosciente) è previsto un apposito codice all'interno del Nomenclatore - Tariffario Odontoiatria in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

### Cartella clinica

Per il rimborso dei ricoveri con degenza notturna e diurna, con o senza intervento chirurgico, è indispensabile trasmettere la copia completa della relativa cartella clinica, possibilmente in formato digitalizzato.

La cartella clinica dovrà riportare al suo interno la documentazione relativa alle consulenze specialistiche diverse da quella dell'équipe medico-chirurgica curante, comprendente il quesito diagnostico per il quale sono state richieste e la relativa relazione medica/referto dello specialista interpellato.

Qualora la documentazione non risultasse leggibile, il Fasi si riserva di richiedere la trascrizione della cartella clinica.

In caso di ricovero (qualsiasi tipologia) finalizzato all'esecuzione di esami/accertamenti/interventi di norma eseguibili ambulatorialmente (indipendentemente se eseguiti con eventuale sedazione profonda), ai fini del rimborso della prestazione, la cartella clinica dovrà documentare il quadro clinico dell'assistito che lo ha reso necessario. Il Fondo ne valuterà la congruità riservandosi di ammettere o meno il rimborso corrispondente al tipo di ricovero richiesto.

In caso di ricovero per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico, o comunque nei casi di ricovero in cui si siano effettuate prestazioni fisiokinesiterapiche e riabilitative, è indispensabile che la cartella clinica sia completa anche del **diario giornaliero delle terapie** dal quale sia rilevabile l'effettivo numero e tipo di prestazioni effettuate.

In caso di ricovero chirurgico la cartella clinica deve contenere registro e/o verbale di sala operatoria da cui risulti il tipo di intervento eseguito.

### Visite specialistiche

La documentazione di spesa deve riportare inequivocabilmente il titolo accademico di specializzazione del medico che deve essere attinente alla patologia che ha reso necessaria la visita, gli estremi anagrafici e la Partita IVA.

Nel caso in cui la visita specialistica venga fatturata da una Struttura Sanitaria, indipendentemente se convenzionata in forma diretta con il Fondo, oltre ai dati anagrafici della Struttura e la Partita IVA, dovrà comunque essere specificato il titolo accademico di specializzazione del medico che, anche in questo caso, dovrà essere attinente alla patologia che ha reso necessario la visita stessa.

Nessun rimborso è previsto dal Fasi per: visite odontoiatriche, visite senologiche, visite radiologiche, visite di medicina aerospaziale, visite di idrologia medica, prestazioni e/o visite di medicina generica (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni oltre quanto espressamente previsto, medicinali e/o sostanze usate per gli esami allergologici, iniezioni sclerosanti), medicina del lavoro, medicina legale, medicina preventiva (salvo i casi previsti dal Fondo in forma diretta), omeopatia e medicina alternativa, osteopatia, nutrizionista, visita fisiokinesiterapica (diversa

dalla visita fisiatrica), visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva, ecc.), visite medico-chirurgiche finalizzate all'estetica della persona (e/o a queste riconducibili) indipendentemente se eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi.

Non sono rimborsabili consulenze effettuate da soggetti diversi dal laureato in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici.

Non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per: le visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, queste ultime anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria o neuropsichiatria.

Per assistenza specialistica oncologica deve intendersi quella prestata dallo specialista durante le sedute di chemioterapia infusione ambulatoriali, domiciliari, in day hospital, in ricovero notturno (vedi Sezione I), oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno, senza chemioterapia. L'assistenza oncologica non si somma alla visita specialistica.

Nella documentazione deve essere esplicitamente dettagliato il tipo di terapia praticata ed il regime in cui è stata effettuata.

Per assistenza medica in degenza deve intendersi l'assistenza prestata giornalmente dall'intera équipe medica curante durante i ricoveri senza intervento chirurgico. L'assistenza medica in degenza non si somma alla visita specialistica ad eccezione del consulto operato da professionista con diversa specializzazione rispetto a quella per il quale è stato richiesto il ricovero.

**Non è previsto alcun rimborso dell'assistenza in degenza in associazione alla retta giornaliera per riabilitazione o per forme morbose croniche (Nomenclatore – Tariffario codice 5) ed in day hospital (ricovero medico diurno).**

#### Degenze

**Il rimborso della retta giornaliera di degenza (ad eccezione del codice 5 – Sezione C - Nomenclatore – Tariffario) è riconosciuto** in caso di ricovero in reparti di strutture sanitarie pubbliche e private (accreditate e non), per la risoluzione di eventi nella fase acuta o per riabilitazione post intervento chirurgico o traumatico **per un massimo di 90 giorni nell'arco dell'anno solare**, intendendo per anno solare il periodo di 365 giorni precedenti ad ogni singolo giorno di ricovero.

La degenza in reparti di Terapia Intensiva, Sub-Intensiva, uso della stanza attrezzata per terapie radiometaboliche o del solo maggior comfort alberghiero (presso strutture sanitarie pubbliche o case di cura accreditate) e la retta di degenza per riabilitazione, concorrono al raggiungimento dei 90 giorni massimi annui.

Per la sola differenza di classe, ovvero del maggior comfort alberghiero, senza scelta del medico curante (Nomenclatore – Tariffario codice 3), è prevista una specifica tariffa massima giornaliera, sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta e sempre nei limiti di 90 giorni annui.

La retta di degenza in reparto di Rianimazione, Unità Coronarica e Terapia Sub-Intensiva si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, anche dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali e partecipa anch'essa alla valorizzazione dei 90 giorni annui. Pertanto, in tal caso, alla retta di degenza non si somma il codice/tariffa per l'eventuale assistenza in degenza (codice 81 e 82 – Sezione H - Nomenclatore-Tariffario).

Il rimborso per il day hospital e il day surgery, che non concorrono alla valorizzazione dei 90 giorni annui, è riconosciuto solo nei casi di intervento chirurgico, di prestazioni chemioterapiche e terapia del dolore documentati da cartella clinica. È quindi tassativamente escluso nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici o per altri motivi.

Superato il limite dei 90 giorni di degenza, viene applicata la retta giornaliera per forme morbose croniche (Nomenclatore – Tariffario codice 5).

La retta giornaliera (Nomenclatore – Tariffario codice 5) di degenza per forme morbose croniche si applica:

- o ai ricoveri di lungodegenza per forme morbose croniche, ivi comprese quelle psichiatriche (rilevabili dalla documentazione sanitaria fornita con la richiesta di rimborso e da quella pregressa), fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo, indipendentemente dalla classificazione della Struttura Sanitaria presso la quale viene effettuata la degenza stessa, con l'esclusione delle Case di Riposo (per la quale non è prevista alcuna compartecipazione);

- ai ricoveri presso Residenze Sanitarie Assistenziali dedicate a soggetti non autosufficienti (RSA), pubbliche o private accreditate, in possesso di regolare autorizzazione rilasciata dalle autorità competenti (sono escluse le case di riposo private), fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo;
- ai ricoveri per il recupero da dipendenze (alcol, farmaci, droghe e patologie alimentari) rilevabili e documentabili sul piano clinico. In tal caso, il codice 5 sarà considerato omnicomprensivo della degenza, degli accertamenti, delle terapie, dell'assistenza in degenza, delle visite specialistiche e quant'altro eseguito e fruito nel corso del ricovero. Il ricovero per il recupero da dipendenze non è riconosciuto nel caso di ludopatie e IAD (Internet Addiction Disorder) ed in tutti i casi non è riconosciuto se effettuato presso Comunità di Recupero e/o Strutture similari;
- ai ricoveri riabilitativi non correlati a interventi chirurgici di natura ortopedica o ad eventi post traumatici, fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo.

#### **Medicinali – Materiali sanitari**

Sono rimborsabili, nella misura prevista, esclusivamente i medicinali utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) e regolarmente esposti nella fattura rilasciata dalla Struttura Sanitaria, compreso il sangue e i suoi derivati che devono essere addebitati seguendo le normative vigenti sulla materia specifica.

Sono rimborsabili, nella misura prevista, tutti i materiali sanitari utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) in Struttura Sanitaria e regolarmente esposti in fattura.

Qualsiasi tipologia di Presidi e/o Protesi non può essere assimilata al codice dei materiali (Nomenclatore – Tariffario codice 17).

I prezzi fatturati non possono in ogni caso superare quelli pubblicati annualmente dall' "Informatore Farmaceutico".

Per quanto riguarda i materiali ed i medicinali utilizzati nel corso degli interventi chirurgici di natura odontoiatrica, i costi sono inclusi nelle tariffe massime di rimborso delle prestazioni stesse e non sono liquidabili pur se esposti in fattura indipendentemente se riconducibili alla sala operatoria e/o alla eventuale degenza.

#### **Presidi e Protesi**

È previsto il rimborso dei Presidi e/o delle Protesi solo se prescritti da un medico specializzato nella relativa patologia, oppure se utilizzati in corso di ricovero con degenza diurna o notturna dettagliatamente riportati nella cartella clinica e nella relativa fattura rilasciata dalla Struttura Sanitaria.

Il rimborso del Presidio e/o Protesi è riconosciuto nella sua interezza, sempre nei limiti temporali, laddove previsti, e nella misura massima di compartecipazione alla spesa indicata dal Nomenclatore - Tariffario vigente. Non è riconosciuto il rimborso per la sostituzione e/o riparazione di parti danneggiate o soggette ad usura.

Il Fondo si riserva la possibilità di richiedere ulteriori dettagli delle voci riportate in fattura e la certificazione di conformità dei manufatti secondo quanto disciplinato dalla normativa UE.

#### **Interventi chirurgici**

La Tariffa prevista per le singole voci, indipendentemente dalla tipologia di intervento e del regime in cui lo stesso viene eseguito, è omnicomprensiva delle prestazioni effettuate da tutti i partecipanti all'atto/agli atti chirurgico/i (operatore/i, aiuti, assistenti, anestesista, tecnici ecc.) rilevabili dal verbale della sala operatoria all'interno della cartella clinica e dell'assistenza prestata dall'intera équipe chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni.

Per gli interventi chirurgici eseguiti con strumenti/apparecchiature particolari, indipendentemente dalla tipologia di strumentazione e/o apparecchiatura, si intendono applicate le medesime tariffe previste per gli interventi eseguiti tradizionalmente, eventualmente maggiorate delle tariffe previste nella Sezione G (uso strumenti ad alto costo), ed esclusivamente per quelle indicate (comprehensive dei materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura) solo se esplicitamente riportate nella cartella clinica/verbale di sala operatoria.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, indipendentemente dalla tipologia di intervento e dal regime di esecuzione dello stesso/stessi (ricovero notturno/diurno/ambulatoriale) ed anche se la via di accesso è diversa ma eseguiti nella stessa seduta operatoria, viene applicata, nei limiti ovviamente della spesa sostenuta, la tariffa massima riferita all'intervento principale o comunque economicamente più oneroso, mentre per l'altro o per gli altri interventi la relativa tariffa massima si intende ridotta del 50%.

Pertanto, l'identificazione della fascia della sala operatoria, avverrà in base alla tariffa massima riferita all'intervento o, in caso di interventi concomitanti, in base alla somma dell'intervento principale (o più oneroso) e quella del 50% degli altri interventi (fatta eccezione per i corrispettivi concomitanti degli interventi a "pacchetto").

In tutti i casi, il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria presente in cartella clinica (nel caso di ricovero notturno/diurno) e/o dal verbale di sala operatoria (nel caso di intervento eseguito in sala operatoria ambulatoriale).

Per quanto riguarda gli interventi chirurgici minori eseguiti ambulatorialmente (sala ambulatoriale) è indispensabile produrre opportuna e dettagliata certificazione/relazione su carta intestata, rilasciata dal medico, circa il tipo di intervento praticato dal medesimo.

Per gli interventi di asportazione di tumori maligni, eseguiti in regime ambulatoriale, poiché la natura della neoformazione è determinabile solo tramite esame istologico, è necessario inoltrare anche il referto dell'esame in questione e laddove esplicitamente riportato nelle Premesse specifiche di Branca e/o nel codice stesso dell'intervento, anche la fotografia pre e post intervento, per ottenere il riconoscimento del rimborso previsto.

Il Fasi, per qualsiasi tipologia di intervento, si riserva comunque di richiedere documentazione aggiuntiva oltre quella prevista.

**Sono tassativamente esclusi dal rimborso (salvo quanto esplicitamente riportato nel Nomenclatore - Tariffario vigente): atti chirurgici e/o terapie mediche connesse ad infertilità e/o sterilità maschile o femminile; atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigidità femminile; tutte le cure e/o accertamenti e/o gli interventi di natura estetica e tutte le prestazioni e/o gli interventi chirurgici ad essi collegabili o conseguenti ad eventuali precedenti interventi chirurgici o cure.**

#### Uso sala operatoria

Il rimborso dell'uso della sala operatoria (in regime ambulatoriale, diurno e di ricovero) è ammissibile solo se correlato alla richiesta di un atto chirurgico e/o atto medico.

Pertanto, l'eventuale richiesta di rimborso del solo uso della sala, dovrà essere accompagnata da adeguata documentazione, per consentirne la valutazione.

Le Tariffe per l'uso della sala operatoria, suddivise in fasce di rimborso, sono riportate all'interno della Sezione G del Nomenclatore - Tariffario vigente.

Il rimborso riconosciuto per l'uso della sala è quindi determinato in base all'importo o somma di importi riconosciuto/i per l'intervento/i, eseguiti nella medesima seduta operatoria, fermo restando quanto disciplinato per il riconoscimento degli interventi chirurgici; si somma quindi a quanto riconosciuto per l'intervento stesso e, ove previsto, anche al rimborso per l'uso di strumenti ad alto costo.

Non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte del Fondo, per l'addebito della sala ambulatoriale in caso di interventi di natura odontoiatrica.

#### Accertamenti diagnostici

Per accedere ai rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la **prescrizione del medico specialista e/o medico di base curante con l'indicazione del tipo di patologia (obbligatoria) o il quesito diagnostico che ha reso indispensabile gli accertamenti stessi.**

Il Fasi si riserva, comunque, di richiedere copia dei referti diagnostici, nel caso in cui emergesse la necessità di ulteriori approfondimenti.

Per alcune tipologie di esami, eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%. Per "stessa seduta" si intende l'arco di tempo necessario per lo svolgimento di uno o più atti medici contigui erogati dallo stesso professionista o dalla stessa équipe medica. Per i casi specifici si rimanda alle Premesse Specifiche di Branca della Sezione P.

In considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del ticket e di prestazioni private non riconosciute dal S.S.R. presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo (e quindi quali prestazioni) è riferito al solo ticket.

Premesso che sono esclusi i rimborsi relativi a prestazioni di medicina preventiva (salvo i Pacchetti Prevenzione previsti dal Fasi e fruibili solo in forma diretta), il Fondo si riserva di valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata.

**Tutte le analisi di laboratorio contenute nel Nomenclatore - Tariffario sono rimborsabili solo ed esclusivamente se regolarmente fatturate da laboratori di analisi autorizzati.**

Si rimborsano tutti gli accertamenti esposti e nei limiti indicati nel presente Nomenclatore - Tariffario, comprese le analisi genetiche eseguite unicamente con finalità diagnostico-terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale.

Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono rimborsabili solo se descritte nel Nomenclatore - Tariffario e nei limiti previsti dallo stesso. **Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva (predittività), sperimentale e/o di ricerca e/o alternativa.**

Per gli esami radiologici e per gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare le relative tariffe si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva.

**L'eventuale assistenza anestesiológica per gli esami diagnostici e/o invasivi, laddove necessaria, è compresa nella tariffa prevista per il singolo esame, salvo quanto, eventualmente, specificatamente descritto dal Fasi.**

#### Biologia Molecolare

A partire dall'edizione 1.1.2019, all'interno della Sezione dedicata agli accertamenti diagnostici, è stata inserita la sottosezione dedicata alla Biologia Molecolare, comprendente:

- visita medica genetica (genetica clinica);
- test farmacogenetici;
- citogenetica pre-natale e post-natale;
- genetica molecolare.

Si ricorda che gli esami sono rimborsabili solo se:

- espressamente riportati all'interno della Sezione;
- se eseguiti esclusivamente con finalità diagnostico-terapeutiche (sono esclusi quelli imputabili alla ricerca e/o sperimentazione clinica);
- se prescritti dai medici specialisti in genetica medica/clinica o oncologia.

Di seguito si riportano alcune specifiche per accedere al rimborso delle suddette prestazioni.

La **visita medica genetica**, intesa come genetica clinica, non è associabile e assimilabile alla visita specialistica di cui al codice 1 del Nomenclatore - Tariffario.

La sottosezione dei **test farmacogenetici** è dedicata ai pazienti oncologici. Per il rimborso delle prestazioni riportate è necessario allegare la prescrizione dello specialista in oncologia (non sono previste altre possibilità) che riporti la diagnosi e il quesito diagnostico. Nel caso del test genetico di precisione su DNA e RNA, è necessario inviare anche il referto rilasciato dal laboratorio che ha eseguito l'esame (indipendentemente se il test è stato analizzato in Italia o all'estero).

Gli **esami di citogenetica pre-natale e post-natale** sono rimborsabili solo se presenti nell'elenco della Sezione e comunque dietro presentazione della prescrizione del medico chirurgo specializzato in genetica medica (non sono previste altre possibilità).

Per gli esami indicati nella sottosezione di **genetica molecolare**, è necessario presentare la prescrizione del Medico-Chirurgo specializzato in genetica medica (genetica clinica) oppure specializzato in oncologia.

Il risultato di molti esami presenti nella Sezione della Biologia Molecolare non varia con il passare del tempo, pertanto si raccomanda la conservazione degli esiti stessi.

### Terapie fisiokinesiterapiche

**Il rimborso delle spese relative alla fisiokinesiterapia è limitato al totale di 80 prestazioni (non sedute) per anno (1° gennaio/31 dicembre) per assistito per patologie neurologiche, neuromotorie e osteoarticolari indipendentemente dal tipo, dalla tecnica, dalla strumentazione, da qualsiasi distretto anatomico trattato. Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori.**

Sono escluse dai limiti suindicati, le prestazioni di agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali e noleggio di apparecchiature che hanno propri limiti annuali, riportati nelle rispettive descrizioni nell'ambito del Tariffario.

Le tariffe sono omnicomprensive dei materiali d'uso e medicinali.

**Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche e/o a queste riconducibili.**

Per accedere ai previsti rimborsi è necessario trasmettere, unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle terapie eseguite (tipo delle terapie e numero) nonché **la prescrizione medica con relativa diagnosi certa della patologia** che le ha rese necessarie e indispensabili **(da non confondere con la sintomatologia)**.

Deve inoltre risultare chiaramente, nel caso di terapie effettuate presso centri autorizzati ad eseguire prestazione di carattere riabilitativo (autorizzazione rilasciata dalle Autorità competenti), la specializzazione del centro medesimo e, in tutti i casi, l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia della persona che ha effettuato e fatturato le prestazioni.

**Si ricorda che la qualifica professionale di fisioterapista della riabilitazione non è in possesso, ad esempio, di chinesiologi, massaggiatori estetici e/o sportivi, laureati ISEF/IUSM, operatori shiatsu, laureati in chiropratica, riflessologi, posturologi, naturopati, ecc.**

**Il Fasi non rimborsa le prestazioni eseguite da massaggiatori e capo bagnini degli stabilimenti idroterapici/termali.**

Per le cure domiciliari valgono le stesse regole, le stesse tariffe massime e limitazioni, riportate nel Nomenclatore Tariffario in vigore all'atto della fatturazione.

Inoltre, fermo restando quanto sopra riportato relativamente ai limiti di riconoscimento annuo, al fine di salvaguardare gli assistiti affetti da gravi quadri sintomatologici e/o patologie, su esplicita richiesta dell'iscritto/assistito e subordinata all'approvazione insindacabile da parte del Fondo, **la limitazione del numero di prestazioni rimborsabili** (ad eccezione della limitazione per l'agopuntura, le manipolazioni vertebrali, per il noleggio di apparecchiature e per le onde d'urto focali, che rimane confermata e non superabile) **non sarà applicata se le cure sono necessarie e riferite ai quadri sintomatologici e/o patologie di seguito descritte:**

- paralisi completa, paralisi incompleta, paralisi di singoli nervi, paralisi progressiva del/dei muscoli;
- spasticità;
- mielopatie traumatiche (tetra, paraplegia) e non (sclerosi laterale amiotrofica, a placche, ecc.);
- cerebropatie infantili (spastici, ecc.);
- patologie intrinseche neurologiche (Corea di Huntington, Parkinson, ecc.);
- rieducazione degli amputati;
- patologie intrinseche del muscolo (distrofia muscolare progressiva, ecc.).

A tal fine la documentazione delle spese sostenute, fin dalla prima richiesta dell'anno e per ogni richiesta di rimborso per prestazioni fisiokinesiterapiche (indipendentemente dal regime di fruizione delle stesse) dovrà essere accompagnata da una **aggiornata e dettagliata relazione del medico specialista competente per diagnosi, che evidenzia il quadro clinico e l'iter terapeutico, in particolare per quanto riferito al numero e tipo di prestazioni fisiokinesiterapiche necessarie al mantenimento/ stabilizzazione del quadro clinico stesso.**

**Si sottolinea che a seguito di interventi chirurgici quali:**

- protesi ginocchio o tibiotarsica od omero;

- lesioni capsulo legamentose di ginocchio o caviglia o spalla;
- ernie cervicali o dorsali o lombari o stabilizzazioni vertebrali (spondilolistesi);

saranno rimborsabili le cure fisiokinesiterapiche fruite e fatturate nel corso dei 120 giorni successivi al giorno dell'intervento chirurgico indipendentemente dal limite di 80 prestazioni annue (sempre fatta eccezione per l'agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali e noleggio apparecchiatura per i quali rimangono validi i limiti propri delle prestazioni).

Per derogare al limite nel predetto periodo ed indipendentemente dal regime di fruizione delle prestazioni, si deve obbligatoriamente allegare la copia della cartella clinica, anche se precedentemente inviata con altra richiesta di rimborso supportata dalla lettera di dimissioni ospedaliera, e la relazione aggiornata del medico chirurgo che ha effettuato l'intervento che confermi l'effettivo numero e tipo di terapie fisiokinesiterapiche necessarie alla risoluzione dell'evento.

Il Fasi si riserva la facoltà, sia prima che dopo l'erogazione delle prestazioni, di eseguire controlli amministrativi e sanitari anche mediante visite da parte di medici incaricati dal Fondo e/o verifiche del titolo accademico/specializzazione del professionista che ha eseguito le prestazioni, anche mediante consultazione degli elenchi registrati presso gli Ordini e/o Albi Professionali.

### Tutele Non Autosufficienza

**Si rimanda alla attenta lettura del capitolo ad essa dedicato contenuto nelle presenti "Avvertenze".**

### Cure termali

Il rimborso per le cure termali viene riconosciuto solo se le stesse sono state effettuate presso stabilimenti appositamente attrezzati ed autorizzati, siti in località termali.

**Le cure con fanghi e la balneoterapia** sono ammesse al rimborso previsto **per un massimo di 12 giorni l'anno per assistito.**

**Le cure idropiniche ed inalatorie** sono ammesse al rimborso previsto **per un massimo di 10 giorni l'anno e per non più di 3 anni per assistito.**

Nel caso vengano effettuate contemporaneamente cure con fanghi o balneoterapia e cure idropiniche od inalatorie è prevista l'applicazione della sola tariffa più elevata.

Per usufruire del rimborso per cure termali è necessario inviare apposita prescrizione medica, attestante la necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia in atto (diversa dalla sintomatologia), nonché la documentazione di spesa per l'ingresso agli stabilimenti termali. Dai rimborsi sono tassativamente escluse le spese di soggiorno e/o altre spese accessorie.

### Ticket

Il ticket, che deve sempre riportare il dettaglio delle prestazioni eseguite, è rimborsabile, nei limiti massimi delle singole tariffe, **solamente se riferito alle prestazioni specialistiche espressamente ricomprese nel Nomenclatore - Tariffario vigente**, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione.

A partire dal 1.1.2019, il Fondo prevede il rimborso anche per il Ticket sulla Procreazione medicalmente assistita (PMA). In considerazione delle diverse leggi Regionali, in caso di contemporaneo pagamento del ticket per la PMA e di ticket relativi ad altre prestazioni e/o di prestazioni private non riconosciute dal S.S.R., presenti sulla stessa ricevuta sanitaria, è necessario far indicare dalla Struttura Sanitaria quale importo è riferito al solo ticket per la PMA, quale quello relativo al ticket per altre prestazioni e/o quale importo è relativo a prestazioni fruite in regime privatistico.

Sempre a partire dal 1.1.2019 il Fasi ha introdotto il rimborso del Ticket su vaccini in età pediatrica (comprensivo di prestazione medica e medicinale) fino al compimento dei 16 anni di età.



### Pacchetti Chirurgici

Il Fasi, a partire dal 1.1.2019, al fine di snellire le procedure di inoltro delle richieste di rimborso, sia da parte degli assistiti sia da parte delle Strutture Sanitarie convenzionate in forma diretta, ha introdotto una nuova modalità di rimborso per alcuni interventi chirurgici.

Il Fondo ha definito come Pacchetti Chirurgici:

- intervento di Cataratta;
- intervento di Protesi totale di anca;
- intervento di Protesi totale di anca e Revisione di Protesi totale di anca nel medesimo ricovero.

A seguito del favorevole riscontro ottenuto, il Fasi ha deciso di ampliare l'offerta delle procedure a pacchetto, introducendo:

- intervento di Revisione di Protesi totale di anca eseguito in un tempo successivo al primo intervento;
- intervento di chirurgia refrattiva mono e bilaterale (tecniche PRK, Femto – Lasik, Smile) con età compresa tra i 25 anni compiuti e i 45 anni compiuti;
- procedure gastroenterologiche diagnostiche e/o operative.

I rimborsi con modalità a pacchetto sono omnicomprendivi di: équipe medica, sala operatoria, permanenza nella struttura, materiali, medicinali, eventuale protesi (per gli interventi che le prevedono), analisi ed accertamenti relativi all'intervento stesso intra-ricovero, primi trattamenti riabilitativi post-intervento ed intra-ricovero ove previsti.

L'importo previsto per la prestazione a "pacchetto" è relativo all'intervento come fase unica, ossia, qualora l'intervento per il quale sia stata prevista la modalità a pacchetto, venga effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico, sarà disponibile all'interno del Nomenclatore - Tariffario una ulteriore voce di "intervento concomitante" che prevede un diverso importo (imputabile qualora l'intervento non sia la fase principale dell'atto chirurgico). In tal caso, e solo per questa tipologia di intervento, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

La documentazione da allegare alla richiesta di rimborso dei Pacchetti Chirurgici è la medesima prevista per gli interventi chirurgici/procedure e/o per gli accertamenti previsti all'interno dei ricoveri.

A supporto dei pacchetti per interventi chirurgici, il Fondo ha introdotto ulteriori prestazioni, sempre a pacchetto, strettamente correlate agli stessi e dettagliati nel Nomenclatore – Tariffario nella sezione Pacchetti Chirurgici:

- Pacchetto pre-operatorio cataratta: il pacchetto, fruibile sia in forma diretta sia in forma indiretta, prevede le analisi di laboratorio pre-intervento. Il pacchetto è rimborsabile una sola volta per la medesima parte corpo. Poiché le analisi di laboratorio possono essere valide anche nell'eventualità di intervento sul controlaterale a breve distanza, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi;
- Educazione al post operatorio: il pacchetto ha la finalità di fornire all'assistito che dovrà sottoporsi ad intervento chirurgico di protesi anca le prime nozioni sui movimenti e posture da adottare nell'immediato post intervento. Tale prestazione è applicabile ai soli interventi ortopedici a pacchetto previsti dal Fondo. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo con la particolarità che, il pacchetto di "educazione al post operatorio" per l'intervento controlaterale non può essere richiesto prima di 2 anni;
- Pacchetto esami pre-operatori ortopedici (Artroprotesi Anca - Artroprotesi Anca/Revisione Anca nel medesimo ricovero): il pacchetto prevede le analisi di laboratorio, esami radiologici, esami di diagnostica vascolare, esami cardiologici e visite specialistiche, più dettagliatamente elencati nel Nomenclatore - Tariffario alla sezione Pacchetti. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Poiché le analisi di laboratorio possono essere valide anche nell'eventualità di intervento sul controlaterale a breve distanza, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi;
- Pacchetto riabilitazione post intervento protesi ortopedica (applicabile agli interventi a pacchetto di protesi anca/revisione protesi anca) - età inferiore o uguale a 65 anni compiuti: il pacchetto rimborsa le terapie direttamente riconducibili all'intervento a pacchetto purché fruite nei 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico. Il pacchetto riabilitazione è rimborsabile una volta per la parte corpo interessata dall'atto chirurgico;
- Pacchetto riabilitazione post intervento protesi ortopedica (applicabile agli interventi a pacchetto di protesi anca/revisione protesi anca) - età uguale o superiore a 66 anni compiuti: il pacchetto rimborsa le terapie direttamente riconducibili all'intervento a pacchetto purché fruite nei 120 giorni successivi alla

data dell'intervento chirurgico. Il pacchetto riabilitazione è rimborsabile una volta per la parte corpo interessata dall'atto chirurgico.

Si specifica che, successivamente all'intervento chirurgico di protesi di anca (oppure protesi anca/revisione di anca nel medesimo ricovero) per il quale è prevista la sola modalità di rimborso a pacchetto, è rimborsabile esclusivamente la riabilitazione post chirurgica secondo la relativa fascia di età. Tali pacchetti di riabilitazione devono essere fruiti entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico. Alla richiesta di rimborso di tali pacchetti dovranno essere allegati:

- la documentazione clinica necessaria per verificare l'effettivo intervento eseguito e la prescrizione dei trattamenti fisiokinesiterapici (cartella clinica e/o lettera di dimissioni ospedaliera);
- il diario giornaliero delle terapie presente in cartella clinica o riabilitativa (controfirmato dall'assistito se le prestazioni sono erogate in regime ambulatoriale o domiciliare).

Si specifica che non è riconoscibile l'esenzione temporanea al superamento del limite annuo di 80 prestazioni fisioterapiche per gli interventi di protesi di anca e/o protesi anca/revisione di protesi anca nel medesimo ricovero.

Conseguentemente all'introduzione dei nuovi pacchetti, sono stati individuati ulteriori pacchetti pre operatori correlati agli interventi di chirurgia refrattiva, dettagliati sempre nella sezione pacchetti del Nomenclatore – Tariffario vigente:

- Pacchetto esami emtochimici pre operatori chirurgia refrattiva (qualsiasi tecnica – regime ambulatoriale): fruibile in età compresa tra i 25 anni compiuti ed i 45 anni compiuti; il pacchetto prevede analisi di laboratorio, più dettagliatamente elencate nel Nomenclatore – Tariffario vigente alla sezione Pacchetti. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Nel caso di interventi bilaterali, il pacchetto sarà riconosciuto una sola volta. Altresì, poiché gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere eseguiti sul controlaterale a breve distanza di tempo, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi;
- Pacchetti accertamenti specialistici pre operatori chirurgia refrattiva (qualsiasi tecnica – regime ambulatoriale): fruibile in età compresa tra i 25 anni compiuti ed i 45 anni compiuti; il pacchetto prevede accertamenti specialistici, più dettagliatamente elencati nel Nomenclatore – Tariffario vigente alla sezione Pacchetti. Il pacchetto è rimborsabile una volta per la medesima parte corpo. Nel caso di interventi bilaterali, il pacchetto sarà riconosciuto una sola volta. Altresì, poiché gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere eseguiti sul controlaterale a breve distanza di tempo, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi.

Si precisa che, anche per i Pacchetti Chirurgici e per le Prestazioni a pacchetto, non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per l'Iva che rimarrà a totale carico dell'iscritto/assistito.

### Esclusioni

Il Fasi non rimborsa:

- prestazioni non riconosciute dal Nomenclatore - Tariffario;
- prestazioni riconosciute dal Nomenclatore - Tariffario, la cui documentazione sanitaria sia stata inviata oltre i termini previsti dal Regolamento.

In particolare, si ricorda che non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa, da parte del Fondo, per: visite odontoiatriche; visite senologiche; visite radiologiche; visite di medicina nucleare; visite di medicina aerospaziale; visite di idrologia medica; le visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria o neuropsichiatria; visite effettuate dal medico di medicina dello sport finalizzate al rilascio di certificazioni; per prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni (oltre quanto espressamente previsto come ticket in età pediatrica), medicinali e/o sostanze usate per gli esami allergologici; atti chirurgici e/o terapie mediche connessi a infertilità e/o sterilità maschile o femminile e terapie, atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigidity femminile e/o a queste riconducibili; emodialisi; esami termografici; fisiokinesiterapia/terapie fisiche oltre 80 prestazioni l'anno salvo particolari e non sindacabili autorizzazioni da parte del Fasi per gravi quadri sintomatologici o patologie (vedere avvertenze del Nomenclatore - Tariffario in vigore); iniezioni sclerosanti oltre quanto previsto e limitatamente a questo; prestazioni di medicina del lavoro e/o a questa riconducibili; check-up indipendentemente dalla tipologia e/o motivazione; prestazioni di medicina legale; prestazioni di medicina preventiva salvo i casi previsti dal Fondo in forma diretta (riportate nella Guida alle Strutture di colore blu); prestazioni di medicina omeopatica e/o alternativa e/o sperimentale; osteopatia; visite per certificazioni mediche e/o visite per patente e/o per idoneità (qualsiasi tipologia); qualsiasi tipo di cure e/o interventi

chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura (salvo quanto espressamente previsto dal Nomenclatore – Tariffario); qualsiasi altro trattamento laser in oculistica oltre quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "trattamenti laser" e/o oltre quanto esplicitamente previsto nella Sezione "pacchetti chirurgici – oculistica" e/o quanto previsto dal Nomenclatore – Tariffario; qualsiasi terapia medica svolta in day hospital e ambulatorialmente, salvo le cure oncologiche: chemioterapia, radioterapia, terapia del dolore; ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona; interventi chirurgici e/o terapie e/o visite mediche finalizzate all'estetica della persona e/o a questa riconducibili; terapie e/o visite mediche eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi per finalità estetiche e/o a questa riconducibili; ricoveri in case di riposo private per anziani autosufficienti; diritti di segreteria, amministrativi, spese di magazzino dei medicinali, rilascio copia cartella clinica, rilascio copie radiografiche (qualsiasi tipo, su qualsiasi supporto), copie referti; spese di viaggio e spese per accompagnatore ove non comprese nella retta di degenza; occhiali o lenti a contatto; per medicinali, ad eccezione di quelli somministrati durante il ricovero in Istituto di Cura ed esposti nella relativa fattura.

Inoltre, non sono rimborsabili in forma diretta: la visita effettuata da psichiatri e/o neuropsichiatri (rimborsabile solo la prima visita a scopo diagnostico in forma indiretta); visite dietologiche pur se eseguite da medici – chirurghi specializzati in Scienza dell'alimentazione (rimborsabile solo la prima visita a scopo diagnostico e solo in forma indiretta).

Non sono previsti rimborsi per servizi e prestazioni accessorie quali:

- CD, DVD;
- Parrucchiere;
- spese telefoniche;
- prestazioni e servizi non riferibili a quanto elencato nelle Sezioni del Nomenclatore Tariffario vigente.

**Eventuale documentazione di spesa non rimborsabile, in quanto non prevista dal Nomenclatore-Tariffario, che nonostante tutto venisse presentata al Fasi per il rimborso, non verrà presa in esame dal Fondo e, se inoltrata in originale, non verrà restituita.**

**Non vanno inoltrate al Fondo richieste di rimborso la cui documentazione di spesa risulti essere oltre i termini di presentazione previsti dal Regolamento.**

#### **Prestazioni soggette a limiti temporali**

Alcune prestazioni sono soggette a limiti di rimborsabilità (temporali, di età, di quantità, di sesso). Le prestazioni in oggetto, al momento della liquidazione, vengono imputate nella scheda anamnestica di ciascun iscritto, consultabile nella propria Area Riservata sul sito del Fasi, in relazione al trimestre a cui si riferisce la data di rilascio della fattura di saldo/saldo parziale. Esempio: una prestazione fruita e fatturata a saldo nel mese di febbraio 2021, viene imputata al 1° trimestre 2021.

Pertanto, la cadenza della rimborsabilità delle prestazioni soggette a limiti temporali sarà calcolata secondo il seguente esempio: Terapia fotodinamica (oculistica) compreso qualsiasi tipo di medicinale (a trattamento – massimo 1 volta l'anno) fatturata nel 1° trimestre 2021 e successivamente rimborsata dal Fasi, se ripetuta, non potrà essere nuovamente rimborsata se fatturata prima del 2° trimestre 2022.

Per quanto riguarda il limite di età, si intende l'anno di compimento dell'età indicata per la prestazione (non sono previste deroghe).

Il limite di quantità indica che la prestazione è rimborsabile nella quantità indicata dal limite stesso, eventualmente nell'arco temporale specificato.

#### **Imposta di bollo su ricevute sanitarie a rimborso**

**Il Fasi non rimborsa il costo della marca da bollo.**

Si rammenta però che, per richiedere il rimborso delle prestazioni al Fasi, è sempre obbligatorio inoltrare, sia in via telematica che cartacea, la documentazione di spesa in copia da cui risulti inequivocabilmente l'assoggettamento ad imposta di bollo del documento originale, ove previsto (art.13 del DPR n.642/72; L. n. 71/2013).

## IVA

Ai sensi del D.P.R. 26/10/1972 n. 633 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'applicazione dell'IVA, le prestazioni dei medici-chirurghi-odontoiatri sono esenti da IVA.

Le Strutture Sanitarie applicano l'IVA per:

- i servizi (degenza, sala operatoria, materiali, medicinali). La retta di degenza si intende con IVA al 22% nelle Strutture Sanitarie Private non accreditate; si intende con IVA al 10% in molte Strutture Sanitarie Private accreditate;
- prestazioni diagnostiche, visite specialistiche e prestazioni fisiokinesiterapiche, in fase di ricovero, se eseguite e fatturate dalla stessa Struttura Sanitaria autorizzata per i ricoveri.

**Il Fasi non prevede il rimborso per tale imposta che, sia nella forma diretta sia nella indiretta, rimane a totale carico dell'iscritto/assistito.**

### Ecceденza a carico dell'iscritto nella forma diretta

**Le eccedenze pagate dall'iscritto sulle prestazioni erogate da strutture sanitarie convenzionate non sono rimborsabili.**

Si ricorda agli iscritti che, a parità di prestazione, le eccedenze applicate in forma diretta possono variare in funzione della Tariffa massima negoziata con la Struttura Sanitaria convenzionata. Per tale motivo, si suggerisce di chiedere sempre un preventivo di spesa, in particolar modo per i ricoveri con o senza intervento chirurgico.

Gli iscritti/assistiti dovranno farsi rilasciare tutta la documentazione di spesa in originale attestante anche le eccedenze richieste (da non inoltrare al Fondo per un ulteriore rimborso) e dovranno sottoscrivere, al momento delle dimissioni o al termine delle prestazioni ambulatoriali fruite, l'apposito modulo predisposto dal Fasi ("Dichiarazione di responsabilità- Consenso-Segreto professionale), in possesso delle Strutture Sanitarie convenzionate, che dovrà essere conservato a cura della Struttura e messo a disposizione in originale, qualora il Fondo ne facesse richiesta nell'ambito dei consueti controlli. Si ricorda alle Strutture Sanitarie e agli iscritti/assistiti che il modulo dovrà essere firmato in originale per ogni singola richiesta di rimborso. Tramite tale modulo l'iscritto/assistito, che ha richiesto ed usufruito delle prestazioni presso la Struttura convenzionata:

- conferma, con la sottoscrizione, di aver fruito delle prestazioni oggetto della richiesta;
- autorizza la Struttura Sanitaria a recuperare le somme dalle stesse anticipate in suo favore, se dovute perché riconosciute come rimborsabili dal Fasi. In caso contrario, si impegna a saldarle in proprio;
- scioglie dal segreto professionale i professionisti che lo hanno tenuto in cura;
- dichiara di aver saldato qualsiasi eccedenza a suo carico, di cui non ha diritto al rimborso da parte del Fasi;
- si impegna a saldare gli importi che, al momento dell'esame della richiesta di rimborso e della documentazione sanitaria inoltrata con la richiesta stessa, il Fasi rilevasse come non rimborsabili o come eccedenti i limiti;
- si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente all'erogazione delle prestazioni da parte della Struttura, non risultassero liquidabili per la perdita del diritto all'assistenza da parte del Fondo;
- si impegna, a norma di quanto previsto dall'articolo "M" del Regolamento, a rimborsare al Fasi, fino alla concorrenza di quanto pagato dal Fondo in suo nome, eventuali somme ricevute da terzi a titolo di risarcimento, qualora la spesa si riferisca ad eventi dipendenti da responsabilità di terzi;
- autorizza la Struttura Sanitaria ad inviare a Fasi, IWS S.p.A., Poste Welfare Servizi S.r.l. e Pro.ge.sa S.r.l., copia delle ricevute sanitarie/fatture per ottenere rimborsi da parte del Fasi.

Ulteriori informazioni si possono ottenere telefonando al Contact Center del Fasi al numero 06/518911 (opzione 1).

### Cure eseguite in Paesi Esteri

**Il Fasi rimborsa spese sostenute all'estero dai propri iscritti/assistiti presso medici e/o strutture sanitarie, nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste per le cure effettuate nel nostro Paese.**

Per i rimborsi si fa riferimento, quindi, al Nomenclatore - Tariffario vigente all'atto della fatturazione a saldo, per quanto riguarda le aree sanitarie di intervento del Fondo, nonché alle procedure che regolano la presentazione delle richieste trimestrali di prestazioni, che devono essere corredate da documentazione di spesa in copia e trasmesse nel rispetto dei termini di presentazione previsti dal Regolamento del Fondo.

Anche per le prestazioni fruite all'estero, rimangono validi: gli eventuali limiti temporali di rimborsabilità e/o gli obblighi specificati per le prestazioni e/o quanto definito per il riconoscimento delle procedure identificate con modalità a pacchetto.

Al fine di una corretta valutazione economica delle prestazioni si suggerisce di reperire la più ampia documentazione a chiarimento di tutte le prestazioni eseguite. In particolare, relativamente alle cure eseguite in Paesi orientali e/o Arabi, oltre a quanto sopraindicato, è necessario che le fatture siano debitamente compilate e ufficialmente tradotte (ciò è comunque opportuno anche per le cure in altri Paesi), ad evitare che risultino mancanti o incomprensibili gli elementi necessari ad una corretta valutazione, da parte degli uffici del Fondo, dei rimborsi di competenza.

Poiché le modalità di fatturazione delle prestazioni possono variare da Paese a Paese, il Fasi si riserva di richiedere, oltre quanto già previsto, corredato dal giustificativo di spesa (copia), anche la copia della quietanza di pagamento. In tal caso, l'eventuale imputazione delle prestazioni, ai fini del calcolo dei limiti temporali, sarà determinata dal trimestre di riferimento della data relativa alla quietanza di pagamento.

## TUTELE ASSISTENZA E NON AUTOSUFFICIENZA

Nel rispetto di quanto stabilito dal rinnovo dall'art. 18 del CCNL, sottoscritto in data 30 luglio 2019, il Fasi ha ampliato le tutele previste a beneficio degli assistiti non autosufficienti, sviluppando un ampio sistema di protezione di natura assicurativa, anche con forme a capitalizzazione.

Di seguito sono descritti i contenuti delle tutele attive nel 2021, i beneficiari delle stesse e le modalità di attivazione.

Per chiedere informazioni sulle tutele e attivare le stesse l'assistito potrà rivolgersi al Contact Center Fasi (opzione 6).

### CONTACT CENTER

*Il Contact Center del Fasi è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, al numero telefonico:*

**06.518911 opzione 6**

#### A. TUTELA NON AUTOSUFFICIENZA "RENDITA VITALIZIA"

In caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana in maniera permanente, è prevista l'attivazione di una rendita vitalizia anticipata dell'importo di € 7.200 annui, rivalutabile annualmente e frazionabile mensilmente.

Potranno beneficiare di tale tutela i dirigenti in servizio/prosecutori volontari e propri familiari con età compresa tra i 18 e 75 anni, nonché tutti coloro che alla data del 1/1/2021 risultavano iscritti in qualità di dirigenti in servizio e acquisiscono lo stato di quiescenza successivamente a tale data, con età compresa fino a un massimo di 75 anni. La data di pensionamento verrà accertata tramite autocertificazione da parte dell'iscritto.

##### *Definizione dello stato di non autosufficienza*

Si considera in stato di non autosufficienza l'Assistito che, a causa di una malattia, una lesione o la perdita delle forze, si trovi in uno stato tale da aver bisogno – prevedibilmente per sempre – quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere almeno 3 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici:

- Muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona;
- Alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- Vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei;
- Consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei;
- Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato debba essere lavato, pettinato e rasato da un'altra persona non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo

necessari;

- Funzioni fisiologiche: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assistito non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

La perdita permanente di autosufficienza deve essere certificata da un medico e verificata da un medico incaricato dal Fondo.

#### *Decorrenza della tutela*

La tutela decorre, per tutti gli aventi diritto, a partire dal 1/04/2021 (periodo di carenza di 90 giorni).

Non trova applicazione la carenza nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, intendendo per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

#### *Condizioni di non assicurabilità*

La tutela vale indipendentemente dallo stato di salute degli assistiti al 31/12/2020 ad eccezione dei seguenti casi:

- gli assistiti Fasi che alla data del 31/12/2020 si trovino già in uno stato di non autosufficienza oppure si trovino nello stato di non riuscire a svolgere almeno una delle sei attività ordinarie della vita quotidiana.
- gli assistiti che percepiscono l'assegno ordinario di invalidità o pensione di inabilità o abbiano presentato la domanda di invalidità agli enti preposti prima del 1/01/2021.

In tali casi gli assistiti possono richiedere la tutela di Assistenza professionale domiciliare per non autosufficienza.

## **B. ASSISTENZA PROFESSIONALE DOMICILIARE NON AUTOSUFFICIENZA**

L'assistito che, in conseguenza di un infortunio o di una malattia, risulti non autosufficiente e necessiti di assistenza professionale domiciliare avrà riconosciuto un **indennizzo forfetario di € 800,00** per ciascun mese di assistenza e comunque **per un massimo di 270 giorni per evento**. Per le assistenze infra mensili il limite di € 800,00 si intende proporzionalmente ridotto in funzione della effettiva durata sub mensile dell'assistenza, secondo il criterio c. d. "pro rata temporis". La richiesta di tutela, se riconosciuta, va ripresentata al Fasi annualmente.

Potranno beneficiare di tale tutela:

- gli assistiti Fasi che alla data del 31/12/2020 hanno certificato uno stato di non autosufficienza;
- i dirigenti pensionati alla data del 1/1/2021 e i componenti del loro nucleo familiare;
- gli assistiti minorenni alla data del 31/12/2020 o che diventino maggiorenni entro la data del 31/12/2021, per tutte le categorie di nuclei familiari. I maggiorenni che siano autosufficienti beneficeranno della tutela Rendita Vitalizia, tranne i familiari maggiorenni di dirigenti in pensione.

#### *Condizioni di non assicurabilità*

Nei casi in cui l'assistito sia affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da malattie psichiatriche in genere.

## **C. SERVIZIO DI ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA E PROFESSIONALE**

Il Fasi eroga, attraverso la Centrale Blu Assistance, servizi di assistenza medica, infermieristica e professionale, accessibili tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, di seguito elencati:

1. informazioni sanitarie;
2. trattamenti di fisiokinesiterapia e massoterapia a seguito di non autosufficienza;

3. invio di un infermiere professionale post ricovero;
4. visita medico curante e conseguente rilascio certificato di non autosufficienza
5. reperimento ed invio di un medico d'urgenza a domicilio
6. reperimento ed invio di un medico specialista a domicilio
7. reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza
8. trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
9. rientro dal centro ospedaliero attrezzato
10. rientro sanitario dall'estero
11. consulenza sanitaria per ricoveri all'estero di alta specializzazione
12. interprete a disposizione all'estero
13. consegna di farmaci a domicilio
14. tourist medical service
15. trasmissione messaggi urgenti
16. rientro anticipato per decesso di un familiare o di un contitolare dell'azienda o studio professionale.

#### *Modalità di accesso e attivazione*

Al fine di accedere ai Servizi l'assistito dovrà contattare, all'insorgere della necessità, la Centrale Operativa Blue Assistance, in funzione 24 ore su 24, al **numero verde dedicato 800-63-6233 oppure al numero 011-7417272**. Dall'estero, l'assistito ha a disposizione il numero **0039-011-7417272**.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'assistito potrà trasmettere un fax al numero **011-7425588** oppure una mail all'indirizzo di posta elettronica:

[fasi@blueassistance.it](mailto:fasi@blueassistance.it)

È necessario qualificarsi quale assistito Fasi, comunicando:

- Cognome, nome e numero di posizione Fasi;
- Prestazione richiesta;
- Dati relativi al luogo dove intervenire;
- Numero telefonico al quale essere ricontattato.

Di seguito si riporta la descrizione dei servizi offerti:

#### **1. Consulenza medica**

È possibile conoscere, mediante contatto diretto o tramite il proprio medico curante con i medici di Blue Assistance/Servizio Fasi, la prestazione più appropriata tra quelle a cui si ha diritto, in relazione alla situazione segnalata.

#### **2. Informazione Sanitaria**

L'assistito può acquisire informazioni, telefonando a Blue Assistance/Servizio Fasi, riguardanti i seguenti argomenti di carattere medico sanitario:

- Organizzazione di consulti medici;
- Esistenza e reperibilità di farmaci in Italia ed all'estero;
- Assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE. Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni ma farà il possibile per mettere rapidamente l'assistito in condizione di ottenere quanto necessario.

#### **3. Trattamenti Di Fisiokinesiterapia E Massoterapia A Seguito Di Non Autosufficienza**

Si intendono comprese le spese per trattamenti fisioterapici di rieducazione/riabilitazione neuromotoria e massoterapia, **unicamente in riferimento alla condizione di non autosufficienza e purché effettuate ai fini riabilitativi e rieducativi**, in misura di una (1) prestazione a settimana per un massimo di 4 mesi per anno assicurativo. Tali prestazioni rientrano in copertura solo se erogate da strutture e/o medici convenzionati con Blue Assistance. Nessun rimborso spetta in caso di utilizzo di strutture e/o medici non convenzionati con Blue Assistance né in caso di mancato preventivo accordo con la Centrale Operativa.

Gli interventi per la fornitura dei servizi di assistenza richiesti saranno disposti direttamente dalla Blue Assistance, previa valutazione e approvazione dei propri medici, ovvero dalla stessa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto di assistenza. In considerazione della natura delle prestazioni previste (fornitura di servizi) e della copertura annuale della polizza, le prestazioni medesime, compresa l'assistenza domiciliare professionale (non autosufficienti), non potranno essere riconosciute in forma retroattiva.

Tutte le prestazioni devono intendersi nei limiti economici e temporali previsti per ogni singolo intervento.

Tale prestazione è riservata agli assistiti che hanno attivato l'Assistenza professionale domiciliare di cui al paragrafo B.



#### **4. Invio di un infermiere professionale post ricovero**

Qualora l'assistito, ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di infortunio o di malattia, al momento della dimissione richieda, **in quanto prescritto dai medici curanti**, l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio, la Blue Assistance/Servizio Fasi provvederà a reperire e inviare il relativo personale, ponendo il costo a proprio carico, con il limite di € 1.000,00 per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito e per ogni anno. **L'assistito dovrà prendere contatto con Blue Assistance/Servizio Fasi almeno 48 ore prima delle previste dimissioni dall'istituto di cura.**

#### **5. Visita medico curante e conseguente rilascio certificato di non autosufficienza**

La Società rimborsa una (1) visita medica - per ogni anno assicurativo - effettuata dal medico curante per accertare e certificare lo stato di non autosufficienza. Il rimborso avviene entro il limite di € 50,00, su presentazione di documentazione di spesa fiscalmente regolare.

#### **6. Reperimento ed invio di un medico d'urgenza a domicilio**

Qualora l'assistito, nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 08.00, al sabato e nei giorni prefestivi dalle ore 14.00 alle ore 24.00 o nei giorni festivi, 24 ore su 24, abbia necessità di reperire urgentemente il proprio medico curante e questi non sia disponibile, contattando Blue Assistance è possibile ottenere l'invio di un medico convenzionato con Blue Assistance stessa. In alternativa, Blue Assistance, nel caso in cui lo ritenesse necessario, organizzerà il trasferimento dell'assistito nel Centro Medico idoneo più vicino mediante ambulanza o altro mezzo di trasporto ritenuto idoneo a giudizio di Blue Assistance medesima. La Società terrà a proprio carico i costi relativi. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di 3 volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito. Resta inteso che Blue Assistance non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto, Blue Assistance potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti medici con l'assistito.

#### **7. Reperimento ed invio di un medico specialista a domicilio**

Qualora l'assistito abbia urgente necessità di un medico specialista, a seguito di malattia improvvisa o infortunio, potrà contattare Blue Assistance che provvederà ad inviarne uno convenzionato con Blue Assistance stessa. Il costo è a carico della Società fino ad un massimo di € 60,00 per evento. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di due volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

#### **8. Reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza**

Qualora, a seguito di infortunio e/o malattia, l'assistito necessiti, a giudizio del medico curante e dei medici di Blue Assistance, di un ricovero d'urgenza, Blue Assistance provvederà alla ricerca, al reperimento e all'invio di un'ambulanza. La Società terrà a proprio carico i costi relativi. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di 3 volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito. Resta inteso che Blue Assistance non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto, la Blue Assistance potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (servizio 118), tenendo i contatti medici con l'assistito

#### **9. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato**

Nel caso di infortunio o malattia conseguente ad una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici di Blue Assistance, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la medesima provvederà:

- a individuare e a prenotare (in accordo con l'iscritto), tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano (al di fuori della regione di residenza dell'assistito) o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assistito;
- a organizzare il trasporto dell'assistito con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
  - aereo sanitario, per il quale la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 30.000,00 per assistito e per anno;
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
  - treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
  - autoambulanza, senza limiti di percorso;
  - altro mezzo;
- a fornire assistenza durante il trasporto con il personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici di Blue Assistance.

Non danno luogo alla prestazione:

- le lesioni che, a giudizio dei medici di Blue Assistance, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assistito, tuttavia la garanzia è operante anche quando l'assistito subisca un infortunio conseguente alla circolazione stradale o alla pratica di attività sportiva (non esclusa dalla polizza), che richiede un ricovero in un centro ospedaliero specializzato all'interno della Regione di residenza. In tal caso la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 5.000,00 per assistito e per anno;
- le terapie riabilitative, le malattie infettive e ogni altra patologia nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali;

Durante il ricovero dell'assistito possono essere attivati contatti telefonici tra la struttura ospedaliera e la famiglia per fornire ogni utile notizia clinica. La Società terrà a proprio carico i costi relativi al trasferimento (con le limitazioni suindicate per i ricoveri all'interno della Regione di residenza dell'assistito e per l'aereo sanitario). La prestazione potrà essere fornita per un massimo di una volta l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

### **10. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato**

Quando l'assistito, dopo la degenza, viene dimesso dal centro ospedaliero posto al di fuori della sua Regione di residenza, Blue Assistance/Servizio Fasi provvederà al suo rientro presso il domicilio con il mezzo che i medici di Blue Assistance stessa riterranno più idoneo alle condizioni dell'assistito medesimo:

- aereo sanitario, per il quale la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 30.000,00 per assistito e per anno;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso;
- altro mezzo.

Il trasporto sarà interamente organizzato da Blue Assistance ed effettuato a spese della Società (con il limite suindicato per l'aereo sanitario), inclusa l'assistenza medica infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

### **11. Rientro sanitario dall'estero**

La prestazione è fornita a seguito di infortunio o malattia occorso all'assistito quando si trova all'Estero in viaggio per un periodo continuativo non superiore a 60 giorni. Nel caso di assistito residente all'estero, quando si trova fuori della città di residenza ad una distanza superiore a 100 km. Qualora, a seguito di infortunio o malattia, le condizioni dell'assistito, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici di Blue Assistance ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in istituto di cura attrezzato in Italia (o all'estero se ivi residente) o alla sua residenza, Blue Assistance provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici di Blue Assistance stessa riterranno più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario per il quale la Società terrà a proprio carico i costi relativi fino ad un massimo di € 30.000,00 per assistito e per anno;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di percorso);
- altro mezzo.

**Il trasporto sarà interamente organizzato da Blue Assistance/Servizio Fasi ed effettuato a spese della Società (con il limite suindicato per l'aereo sanitario)**, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. Blue Assistance, qualora abbia provveduto al rientro dell'assistito a spese della Società, ha il diritto di richiedere all'assistito stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assistito di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali internazionali.

La prestazione potrà essere fornita per un massimo di tre volte l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

### **12. Consulenza sanitaria per ricoveri all'estero di alta specializzazione**

**In caso di infortunio o malattia che possano dar luogo a interventi urgenti di particolare complessità, la guardia medica di Blue Assistance è a disposizione per fornire informazioni sui centri sanitari di alta specializzazione all'estero.**

In questi casi i medici di Blue Assistance, in servizio 24 ore su 24, potranno richiedere la documentazione clinica in

possesto dell'assistito per poter fornire una consulenza specialistica immediata sulla struttura sanitaria più idonea, restando comunque a disposizione per facilitare i contatti all'assistito anche per eventuali problemi linguistici. Blue Assistance fornirà il supporto logistico per il trasferimento urgente del paziente dal suo domicilio al luogo dove avverrà il ricovero. Il costo del trasferimento rimarrà a carico della Società. La prestazione potrà essere fornita per un massimo di una volta l'anno per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

### **13. Interprete a disposizione all'estero**

Qualora l'assistito venga ricoverato all'estero in una Struttura Sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'assistito stesso ed i medici curanti, Blue Assistance, compatibilmente con le disponibilità locali, provvederà a reperirlo. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 1.000,00 per evento e per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito.

### **14. Consegna di farmaci a domicilio**

Qualora l'Assistito sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza presso il proprio domicilio/residenza, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa per un massimo di tre settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita. L'Assistito, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia e reperibili nel raggio di 30 Km dalla residenza dell'Assistito, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – una volta la settimana, previo accordo con Assistito e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico di Reale Mutua. A carico dell'Assistito resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna. Nel caso in cui l'Assistito benefici dell'ASSISTENZA PROFESSIONALE DOMICILIARE (NON AUTOSUFFICIENZA), la consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – per un massimo di tre volte per annualità assicurativa, previo accordo con l'Assicurato assistito e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa. A carico dell'assistito resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

### **15. Tourist medical service**

Qualora l'assistito debba intraprendere un viaggio in Paesi tropicali o comunque definiti a rischio dal punto di vista sanitario e richieda informazioni su:

- vaccinazioni e profilassi necessarie prima del viaggio;
- consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante il viaggio;
- segnalazioni di medici o centri specializzati in medicina tropicale od infettivologia in Italia o all'estero;

Blue Assistance provvederà ad evadere la richiesta. In caso di malattia incorsa durante il viaggio o nei 15 giorni successivi al rientro in Italia, i medici di Blue Assistance saranno a disposizione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno per consigli telefonici all'assistito, o ad altra persona che agisca in sua vece, o per un consulto con i medici che l'hanno in cura.

### **16. Trasmissione messaggi urgenti**

Qualora l'assistito, nel corso di un viaggio, richieda di trasmettere a persone in Italia o all'estero messaggi urgenti che rivestano carattere oggettivo di necessità e non sia in grado di farlo a seguito di infortunio o malattia, Blue Assistance, 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, accertata l'oggettiva urgenza del messaggio e compatibilmente con la possibilità di contattare la persona indicata dall'assistito, provvederà a trasmetterlo. Blue Assistance non sarà responsabile del contenuto dei messaggi trasmessi.

### **17. Rientro anticipato per decesso di un familiare o di un contitolare dell'azienda o studio professionale**

Qualora, nel corso di un viaggio dell'assistito, deceda un suo familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) od un contitolare della sua azienda o del suo studio professionale e sia indispensabile ed indifferibile la presenza dell'assistito sul posto di lavoro, Blue Assistance provvederà a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (1° classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dove è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per rientrare alla propria residenza. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 1.000,00 per ognuno dei componenti il nucleo familiare assistito e per evento. L'assistito è tenuto a fornire, su richiesta di Blue Assistance ed al massimo entro 30 giorni, il certificato di morte rilasciato dall'anagrafe

### Prestazioni indirette

Si conferma che tutti i servizi sopra riportati sono forniti nell'ambito delle relative modalità e singole limitazioni. Tuttavia, si possono verificare, eccezionalmente, situazioni in cui non è tempestivamente attivabile l'intervento da parte della Società, per esempio a causa di anomalie anagrafiche piuttosto che contributive della posizione dell'iscritto/assistito. **In tal caso, l'assistito dovrà farsi carico del costo della prestazione, per poi richiederne il rimborso alla medesima Società, nei limiti previsti, una volta definite le citate anomalie e ripristinati, quindi, i requisiti previsti per l'erogazione della prestazione di cui trattasi.** In tali casi, ovvero in tutte le situazioni in cui sia previsto un onere a carico dell'assistito, anche parziale, Blue Assistance provvederà ad informare di tale onere l'assistito stesso. Si evidenzia che l'accordo con le Società ha consentito alla Blue Assistance di mettere a disposizione degli assistiti Fasi i servizi previsti alle condizioni di favore contrattate a livello territoriale

### Ulteriori informazioni estensione territoriale

Le prestazioni sono erogabili sia in Italia, compreso lo Stato Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino, che all'Estero, con l'esclusione comunque dei paesi in stato di belligeranza, anche se non dichiarata.

### Eventuali oneri a carico assistito

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Blue Assistance preveda dei costi superiori ai limiti di copertura previsti che restano a carico dell'assistito, Blue Assistance/Servizio Fasi quantificherà preventivamente tali costi e, qualora gli stessi debbano essere anticipati dalla Società, l'assistito deve concordare con Blue Assistance sufficienti salvaguardie di rimborso.

Blu Assistance può rivalersi sull'Assistito in caso di prestazioni indebitamente ottenute.

### Esclusione

L'assicurazione vale per tutti gli assistiti dal Fasi indipendentemente dall'età e dallo stato di salute degli assistiti stessi al momento dell'inizio della tutela, ad eccezione dei casi in cui l'assistito sia affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da malattie psichiatriche in genere. Fermo restando le condizioni e le esclusioni previste per le singole prestazioni valgono, inoltre, le seguenti ulteriori esclusioni:

1. tutte le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
  - a. guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo radioterapia;
  - b. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo;
  - c. atti di pura temerarietà dell'assistito o conseguenti ad atti dolosi o illeciti dello stesso, ivi compresi il suicidio ed il tentato suicidio;
  - d. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sports aerei in genere;
  - e. intossicazioni per abuso di alcolici, di psicofarmaci, per l'uso non terapeutico di allucinogeni e stupefacenti;
  - f. malattie psichiatriche in genere e relative conseguenze;
  - g. eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni attraverso la chirurgia plastica con finalità estetiche;
  - h. applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
2. qualora l'assistito non usufruisca o usufruisca solo parzialmente, per sua scelta o per negligenza, di una o più prestazioni la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione;
3. la Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente da Blue Assistance/Servizio Fasi salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio di Blue Assistance;
4. la Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze imprevedibili.

## D. PARKINSON CARE

Il Fasi offre ai propri assistiti non autosufficienti un servizio di telesalute e teleassistenza che combina tecnologie digitali e supporto infermieristico specialistico per affiancare i pazienti nel monitoraggio e nella gestione quotidiana dei sintomi della malattia, garantendo la continuità assistenziale, favorendo un maggior controllo della sintomatologia e promuovendo l'adozione di un corretto stile di vita.

ParkinsonCare mette a disposizione degli assistiti un servizio telefonico dedicato gestito da infermieri specializzati nella gestione infermieristica dei disturbi del Parkinson e formati dai maggiori esperti italiani e internazionali.

Per richiedere l'attivazione del servizio contattare il numero 06/955861 dalle 9:00 alle 18:00 dal lunedì al venerdì o scrivere a [parkinson@industriawelfaresalute.it](mailto:parkinson@industriawelfaresalute.it).

Si chiarisce che tale servizio si pone l'obiettivo di fornire un supporto aggiuntivo all'assistito Fasi, che continuerà a rivolgersi al proprio medico curante, in primis per la gestione della terapia, mentre gli infermieri del ParkinsonCare lo supporteranno nella gestione dei sintomi della malattia nell'ottica di migliorare la qualità della vita.

## E. INFORMAZIONI E CONTESTAZIONI

Per qualsiasi richiesta di informazioni, lamenti, contestazioni, l'assistito deve rivolgersi al Fasi 06.518911 (opzione 6).

## Nomenclatore-Tariffario Fasi 1.1.2021

### SEZIONE B. - VISITE SPECIALISTICHE

*Premesse specifiche di branca:*

**Sono rimborsabili solo le visite specialistiche a scopo diagnostico**, con l'esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico (visite di controllo/visite successive). Non sono previste altre possibilità. I compensi relativi alle visite specialistiche dell'intera équipe medica-chirurgica-anestesiologica curante, eseguite in regime di ricovero con degenza notturna o diurna (day hospital-day surgery) con o senza intervento chirurgico, sono compresi nelle tariffe esposte per ogni singolo intervento od assistenza medica. LE VISITE SPECIALISTICHE RICHIESTE DURANTE IL RICOVERO NOTTURNO SARANNO RICONOSCIUTE ESCLUSIVAMENTE SE ESEGUITE DA PROFESSIONISTA CON **DIVERSA SPECIALIZZAZIONE RISPETTO ALLA SPECIALIZZAZIONE PER CUI E' STATO RICHIESTO IL RICOVERO STESSO**, ACCOMPAGNATO DA QUESITO DIAGNOSTICO DELLA PRIMARIA ÉQUIPE E RELAZIONE DELLA NUOVA CONSULENZA INTERPELLATA. Anche in questo caso, è riconosciuta solo ed esclusivamente la visita specialistica a scopo diagnostico. Non sono rimborsabili le visite effettuate dal medico odontoiatra, dallo specialista in igiene e medicina preventiva, la visita senologica, di medicina del lavoro, di medicina legale, visite radiologiche, di medicina nucleare, di medicina dello sport, di medicina aerospaziale, di idrologia medica e quelle effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria o neuropsichiatria. Non sono altresì rimborsabili le visite medico chirurgiche finalizzate all'estetica della persona (e/o a queste riconducibili) e quant'altro specificato nel paragrafo "Esclusioni" riportato nelle Avvertenze. Non sono rimborsabili le consulenze/visite effettuati da soggetti diversi dal laureato in Medicina e Chirurgia regolarmente iscritto presso l'Ordine dei Medici (riportante anche la/le specializzazione/i del professionista). Sono invece, rimborsabili esclusivamente in forma indiretta, la prima visita dietologica eseguita da medico-chirurgo specializzato in Scienza dell'alimentazione e la prima visita effettuata da psichiatra e/o neuropsichiatra. La visita specialistica non è associabile e/o assimilabile alla "visita medica genetica (genetica clinica)" per la quale si rimanda alla sezione di Biologia Molecolare.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1	Visita specialistica ambulatoriale o domiciliare o consulto eseguito in regime di ricovero notturno da medico specialista non appartenente all'équipe medico chirurgica-anestesiologica curante.	51,00

### SEZIONE C. - RETTE DI DEGENZA IN STRUTTURE SANITARIE AUTORIZZATE (vedi avvertenze)

*Premesse specifiche di branca:*

Tutte le rette di degenza, indicate nella presente sezione, concorrono al calcolo del limite massimo di 90 giorni (fatta eccezione per la retta di degenza di cui al codice 5). La retta di degenza per riabilitazione post intervento chirurgico o post traumatico, in regime di ricovero notturno, deve intendersi come omnicomprensiva di tutte le competenze (materiali, medicinali, assistenza medico infermieristica ecc.) ad eccezione delle prestazioni fisiokinesiterapiche che, comunque, hanno dei limiti propri. La retta giornaliera per ricoveri per forme morbose croniche e/o ricoveri in RSA è applicata fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo. Relativamente ai ricoveri presso RSA, non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte del Fondo, per il mantenimento del posto letto/stanza, nei casi in cui temporaneamente l'iscritto/assistito si allontani dalla struttura (soggetto ad altro ricovero medico e/o chirurgico e/o altro che preveda pernotti esterni). Per il ricovero presso RSA, ai fini del rimborso, è necessario allegare copia del Piano Assistenziale Individuale (PAI) aggiornato non oltre i 6 mesi

antecedenti la richiesta o comunque una relazione aggiornata e datata che attesti il persistere della condizione clinica precedente e/o eventuali cambiamenti secondo i test di valutazione dell'assistito, con timbro e firma del medico responsabile del ricovero e comunque anch'essa non più vecchia di 6 mesi. La retta di degenza per forme morbose croniche è applicabile anche ai ricoveri per il recupero da dipendenze (alcool, farmaci, droghe e patologie alimentari) intendendo non riconosciuto il rimborso per ludopatie e IAD (Internet Addiction Disorder) rilevabili e documentabili sul piano clinico. In tal caso il codice 5 sarà considerato onnicomprensivo della degenza, degli accertamenti, delle terapie, della assistenza in degenza, delle visite specialistiche, ecc. Il ricovero per il recupero da dipendenze non è riconosciuto se effettuato presso comunità di recupero e/o strutture similari. La retta di degenza in reparto di rianimazione/terapia intensiva o unità coronarica si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, anche dell'assistenza medico- infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali, così come per la terapia subintensiva. La retta giornaliera in regime di ricovero diurno (day hospital) è limitato alle cure oncologiche, terapia del dolore e chemioterapia mentre la retta per il day surgery è limitata ad interventi chirurgici. E' quindi tassativamente escluso nei casi di ricovero per accertamenti diagnostici e/o per altri motivi. Il rimborso per il day surgery e/o day hospital è quindi escluso anche nei casi di intervento a pacchetto (es. Pacchetto cataratta, chirurgia refrattiva, pacchetti di gastroenterologia ecc.). Si ricorda che non è previsto il riconoscimento del regime di day hospital per la consegna di medicinali/farmaci chemioterapici. Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime. Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico in camera con letto singolo e secondo letto o divano letto per accompagnatore. Non applicabile nel caso di "Prestazioni eseguibili ambulatorialmente" anche se eseguiti con eventuale sedazione profonda, salvo valutazione della presenza di quadri sistemici critici documentati (vedere premesse).	200,00
3	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno con o senza intervento chirurgico adottata per la differenza di classe (comfort alberghiero) ad integrazione del S.S.N. per camera singola con letto o divano letto per accompagnatore - uso del letto accompagnatore compreso nella tariffa esposta	115,00
4	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero diurno (day hospital) per chemioterapia, cure oncologiche e terapia del dolore o (day-surgery) per interventi chirurgici con l'esclusione di quelli riportati nelle singole sezioni considerati come "Prestazioni eseguibili ambulatorialmente" anche se eseguiti con eventuale sedazione profonda (vedere premesse).	140,00
5	Retta giornaliera di degenza per ricoveri per forme morbose croniche e/o in residenza sanitaria assistenziale (rsa) pubblica o privata accreditata.	25,00
6	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno per uso della stanza attrezzata per terapie radiometaboliche, salvo quanto descritto nella sottosezione: Terapie con radionuclidi. Sono esclusi: materiali - medicinali - esami diagnostici. E' sostitutiva della normale retta di degenza.	420,00
7	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno <u>in reparto di terapia intensiva/rianimazione/unità coronarica/sala asettica per trapianti</u> (comprensiva dell'assistenza 24 h équipe medico/infermieristica con paziente solitamente intubato). La retta è onnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. E' sostitutiva della normale retta di degenza.	970,00
8	Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno <u>in reparto di terapia subintensiva</u> (comprensiva di assistenza paramedica 24 h, monitoraggio 24 h/telemetria, assistenza non continuativa dell'équipe medica con paziente non intubato). La retta è onnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. E' sostitutiva della normale retta di degenza.	450,00
30033	Retta di degenza per ricoveri in regime notturno per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico - a notte. il codice e' onnicomprensivo di tutte le competenze (materiali, medicinali, assistenza medico infermieristica ecc, ad esclusione della fisiokinesiterapia).	120,00

### Rianimazione: prestazioni professionali di tipo rianimativo (vedi anche premesse)

#### Premesse specifiche di branca:

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
9	Assistenza meccanica del circolo (come unica prestazione)	1.000,00
10	Defibrillazione elettrica esterna (come unica prestazione)	155,00
11	Defibrillazione elettrica interna (come unica prestazione)	310,00
12	Espianto di CVC (come unica prestazione)	110,00
13	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione)	340,00
14	Impianto di CVC (come unica prestazione)	300,00
15	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	680,00
16	Ipotermia (come unica prestazione)	155,00

## SEZIONE D. - MATERIALI E MEDICINALI

### Premesse specifiche di branca:

Sono rimborsabili, nella misura prevista, tutti i materiali sanitari ed i medicinali, utilizzati durante il ricovero (notturno o diurno) in Struttura Sanitaria e regolarmente esposti in fattura (fatta eccezione per i materiali e medicinali utilizzati nel corso degli interventi chirurgici di natura odontoiatrica i cui costi sono inclusi nelle tariffe massime di rimborso delle prestazioni stesse). Per il sangue ed i suoi derivati vedi sez. F.

Qualsiasi tipologia di Presidi e/o Protesi non può essere assimilata al codice 17 "Materiali".

Per gli interventi chirurgici e/o procedure eseguite in regime ambulatoriale (sala ambulatoriale o sala operatoria ambulatoriale), materiali, medicinali e strumentazione sono compresi nelle tariffe delle sale stesse.

Per gli interventi chirurgici/ procedure "a pacchetto" previsti dal Fasi, medicinali, materiali e strumentazioni sono già compresi nella misura massima riconoscibile dal Fondo.

Si precisa che, nel caso di "pacchetti" fruiti in forma diretta, quanto accettato dalla Struttura Sanitaria convenzionata, rappresenta il massimo fatturabile previsto per quella determinata procedura/intervento chirurgico. Eventuali ulteriori addebiti nei confronti dell'iscritto/assistito dovranno essere regolarmente esposti in fattura (e nel relativo applicativo telematico) e potranno essere ascritti solo a voci espressamente riportate dal Fondo come non rimborsabili o comunque come non comprese nelle voci stesse.

Altresì, medicinali e materiali sono già compresi all'interno dei codici relativi alla retta di degenza per forme morbose croniche e/o recupero da dipendenze e in quella per riabilitazione post intervento chirurgico o post traumatico.

Non è previsto il rimborso di medicinali e/o materiali utilizzati nel corso di interventi odontoiatrici in regime di ricovero. Tali costi sono compresi nelle tariffe massime previste per le prestazioni stesse e non sono liquidabili pur se erroneamente esposti in fattura ed indipendentemente se riconducibili alla sala operatoria e/o all'eventuale degenza.

Si ricorda che non è possibile assimilare ai materiali, voci riconducibili a presidi e protesi.

Il Fasi, qualora ne rilevasse la necessità, si riserva la facoltà di richiedere il dettaglio analitico dei materiali e/o dei medicinali con specifica dei relativi importi.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
17	Materiali usati in sala operatoria ed in reparto in corso di ricovero con degenza notturna o diurna	60%
18	Medicinali usati in sala operatoria ed in reparto in corso di ricovero con degenza notturna o diurna	80%

## SEZIONE E. - PRESIDII E PROTESI

### Premesse specifiche di branca:

Sono ammessi al rimborso solo se prescritti da un medico specialista in materia oppure se utilizzati durante un ricovero con degenza diurna o notturna, descritti nella cartella clinica e nella fattura rilasciata dalla Struttura



Sanitaria.

Per gli interventi chirurgici a "pacchetto" previsti dal Fasi, i presidi e protesi sono già compresi nella misura massima riconosciuta dal Fondo.

Si precisa che è riconosciuto il rimborso del presidio e/o protesi nella sua interezza nei termini dei limiti temporali ove previsti e nella misura massima di compartecipazione alla spesa indicata nel Nomenclatore – Tariffario vigente, ovvero non è riconosciuto il rimborso per la sostituzione e/o riparazione di parti danneggiate e/o soggette ad usura.

Non è prevista la compartecipazione alla spesa da parte del Fondo per presidi/protesi/tutori al di fuori di quanto dettagliato nella presente sezione e/o comunque nella sezione Presidi e Protesi del Nomenclatore – Tariffario in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Si ricorda che non è possibile assimilare le voci riportate nella presente Sezione (o a queste riconducibili) alla voce/codice "materiali".

Il Fondo si riserva di richiedere la certificazione di conformità dei manufatti, secondo quanto disciplinato dalla normativa UE 2017/745.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
19	Apparecchio laringofono	345,00
20	Corsetto ortopedico	120,00
21	Corsetto ortopedico per scoliosi	295,00
22	Defibrillatore cardiaco	12.300,00
23	Infusore continuo di farmaci anti blastici	2.000,00
3185	Pompa impiantabile intratecale per infusione continua di morfina	150,00
24	Ortesi ortocranica per plagiocefalia	1.000,00
25	Pace maker completo di accessori	3.100,00
26	Protesi acustica monolaterale (destra o sinistra) per ipoacusia (Rimborso non ripetibile prima di tre anni per lato)	1.200,00
28	Protesi articolare	2.900,00
29	Protesi arto inferiore	2.100,00
30	Protesi arto superiore od ortesi per plagiocefalia	2.000,00
31	Protesi del cristallino	150,00
32	Protesi mammaria (ciascuna)	400,00
33	Protesi oculare (occhio finto)	600,00
34	Protesi testicolare	250,00
35	Protesi vascolare	2.400,00
3187	Endoprotesi modulare aorto-bisiliaca	3.000,00
36	Stent vascolari	1.500,00
37	Stent, altri tipi di	500,00
38	Tutore di funzione arto inferiore	220,00
39	Tutore di funzione arto superiore	150,00
40	Tutore di funzione: tronco-corsetti ortopedici	190,00
41	Tutore di riposo o di posizione	70,00
42	Valvola cardiaca	2.580,00

## SEZIONE F. - COSTI E COMPENSI PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI TRASFUSIONALI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO

*Premesse specifiche di branca:*

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Le analisi inerenti sangue ed emoderivati vengono rimborsate secondo le relative tariffe esposte nella sezione P.

## Aferesi terapeutica

*Premesse specifiche di branca:*

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
43	Eritroaferesi con sacche multiple	70,00
44	Eritroaferesi terapeutica	500,00
45	Leucoaferesi terapeutica	550,00
46	Piastrinoaferesi terapeutica	600,00
47	Plasmaferesi terapeutica	550,00

## Prestazioni professionali

*Premesse specifiche di branca:*

I compensi professionali si intendono a seduta per l'intera équipe.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
48	Prestazioni professionali per recupero sangue intraoperatorio	350,00
49	Prestazioni professionali per recupero sangue postoperatorio	350,00
50	Prestazioni professionali per salasso terapeutico	70,00
51	Prestazioni professionali per trasfusioni	70,00
52	Sangue, emoderivati secondo le normative vigenti	80%

## SEZIONE G. - USO SALE DEDICATE - USO SALA OPERATORIA - USO APPARECCHI SPECIALI IN SALA OPERATORIA - USO STRUMENTI AD ALTO COSTO

### Uso sale dedicate

*Premesse specifiche di branca:*

La sala ambulatoriale (relativa a piccoli interventi chirurgici/endoscopia) e la sala operatoria ambulatoriale, si intendono comprensive dei medicinali e materiali sanitari e qualsiasi attrezzatura salvo quanto compreso nelle singole procedure (es. le procedure endoscopiche sono comprensive dell'endoscopio e dei relativi materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura), se non diversamente indicato.

La sala operatoria ambulatoriale è riconosciuta limitatamente ad interventi chirurgici, in regime ambulatoriale, che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio superiore a quella prevista per gli interventi ambulatoriali minori.

L'utilizzo della predetta sala operatoria ambulatoriale, implica la presentazione del verbale di sala operatoria completo e leggibile in ogni sua parte e, della relazione medica che specifichi la tipologia di procedura chirurgica che ha reso necessaria l'esecuzione dell'intervento in sala operatoria. In assenza della suddetta documentazione non potrà essere riconosciuta la sala operatoria ambulatoriale, bensì sarà attribuito quanto corrispondente all'uso della sala ambulatoriale dedicata ai piccoli interventi chirurgici/endoscopia.

Per l'uso della sala ambulatoriale per prestazioni di natura odontoiatrica, pur se effettuate in corso di ricovero, non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa da parte del Fondo.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
53	Uso sala ambulatoriale dedicata per piccoli interventi chirurgici / endoscopie (compresi materiali e medicinali di uso comune ed eventuale uso di anestetici locali/sedazione profonda), se eseguiti in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery	65,00
54	Uso sala gessi	76,00
55	Uso sala parto in caso di parto naturale	437,00
56071	Uso sala operatoria in regime ambulatoriale, dedicata ad interventi chirurgici che necessitano della sicurezza di un blocco operatorio senza ricovero notturno o diurno (compresi materiali, medicinali, uso di anestetici/sedazione profonda e/o strumentazione) se eseguiti in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery - escluso interventi ambulatoriali odontoiatrici	200,00

## Uso sala operatoria

*Premesse specifiche di branca:*

L'identificazione del codice della sala operatoria è determinata dall'importo o somma di importi di rimborso previsto per l'intervento/gli interventi eseguiti nella medesima seduta operatoria. Ad identificazione avvenuta, l'importo sarà riconosciuto sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta. Pertanto, il rimborso massimo previsto per la sala operatoria è quello relativo al codice individuato e viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso.

La tariffa per la sala operatoria (regime di ricovero notturno/diurno) comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura utilizzata, salvo quanto compreso nelle singole procedure e salvo quanto specificatamente descritto.

Il rimborso della sala operatoria in regime di ricovero (notturno o diurno) non è riconosciuto nel caso di procedure diagnostiche e/o atti mininvasivi.

Si precisa che il rimborso dell'uso della sala operatoria in ricovero (notturno o diurno) è correlato alla richiesta di un atto chirurgico, pertanto l'eventuale richiesta di rimborso del solo uso della sala, sarà soggetto ad insindacabile valutazione da parte del Fondo. Si invita pertanto, in tali casi, a fornire relazione e documentazione affinché il Fondo abbia tutti gli strumenti per la predetta valutazione.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

***Uso sala operatoria in regime di ricovero notturno per interventi chirurgici ed atti invasivi eseguiti in anestesia generale, periferica spinale (subdurale o peridurale) o plessica, tronculare, per infiltrazione, compreso l'uso di qualsiasi apparecchiatura non specificatamente descritta, se effettuati in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery. Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali.***

*Premesse specifiche di branca:*

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
56	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento fino a 550 euro	201,00
57	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 551 euro a 1.050 euro	301,00
58	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.051 euro a 1.550 euro	452,00
59	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.551 euro a 2.070 euro	502,00
60	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 2.071 euro a 2.590 euro	602,00
61	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 2.591 euro a 3.620 euro	752,00
62	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 3.621 euro a 4.650 euro	903,00
63	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento oltre 4.650 euro	1.303,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
64	Uso sala operatoria per esami/atti invasivi (emodinamica - angiografica - radiologica interventistica - cardiologia interventistica) che ne richiedano l'uso. La tariffa è sostitutiva e non si somma ai normali riferimenti tariffari per l'uso della sala operatoria.	437,00
65	Uso sala operatoria per interventi di Cardiocirurgia in C.E.C. (compreso uso apparecchiature speciali). La tariffa è sostitutiva e non si somma agli altri riferimenti tariffari per l'uso della sala operatoria.	3.008,00

**Uso sala operatoria in regime di ricovero diurno (day surgery) per interventi chirurgici od atti invasivi eseguiti in anestesia generale, periferica spinale (subdurale o peridurale) o plessica, tronculare, per infiltrazione, salvo diversa descrizione, se effettuati in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery. Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali**

*Premesse specifiche di branca:*

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
66	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento fino a 550 euro	201,00
67	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 551 euro a 1.050 euro	301,00
68	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.051 euro a 1.550 euro	452,00
69	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.551 euro a 2.070 euro	502,00
70	Uso sala operatoria con tariffa di riferimento dell'intervento oltre 2.071 euro	602,00

## Uso strumenti ad alto costo della struttura sanitaria

*Premesse specifiche di branca:*

L'uso del litotritore, delle apparecchiature ad onde d'urto e del facoemulsificatore è compreso nelle tariffe esposte nelle relative sezioni M, O e Q. Gli strumenti/apparecchiature al di fuori di quelle espressamente esposte nella presente sezione, si intendono ricompresi nelle procedure stesse e/o nelle eventuali sale operatorie.

Il rimborso previsto per gli strumenti ad alto costo è da considerare comprensivo di quanto necessario per l'esecuzione della procedura (materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiatura).

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
71	Uso amplificatore di brillantezza in sala operatoria	59,00
72	Uso apparecchiatura Cyberknife	1.000,00
73	Uso apparecchiatura Gammaknife	500,00
74	Uso apparecchiatura HIFU	400,00
75	Uso apparecchiatura robotica per interventi chirurgici oncologici	2.000,00
3188	Uso sistema di navigazione GPS per interventi di neurochirurgia	500,00
76	Uso apparecchiature speciali per trasfusioni in caso di intervento chirurgico	130,00
77	Uso artroscopio	100,00
78	Uso isteroscopio	100,00
79	Uso laparoscopio	215,00
80	Uso pompa elettronica portatile per infusione continua o circadiana per mono - polichemioterapia (al giorno)	15,00

## SEZIONE H. - ASSISTENZA EQUIPE MEDICA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe esposte sono comprensive delle prestazioni professionali rese dalla intera équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna. L'assistenza in degenza non è assimilabile alla visita specialistica, non si somma a quest'ultima, e non è rimborsabile nel caso di ricoveri per riabilitazione e/o per ricoveri chirurgici e/o per ricoveri per forme morbose e/o per ricoveri per recupero da dipendenze (fare riferimento alle Avvertenze). Non sono previste altre possibilità. E' escluso il rimborso per l'assistenza in degenza nei casi di ricovero con degenza diurna (day hospital) per qualsiasi tipo di patologia, salvo le prestazioni per chemioterapia oncologica e terapia del dolore, come esposto nella sezione I Oncologia Medica.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
81	Assistenza équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna: dalla prima alla decima giornata	80,00
82	Assistenza équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna: oltre la decima giornata	60,00

## SEZIONE I. - ONCOLOGIA MEDICA - CHEMIOTERAPIA (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Per assistenza specialistica oncologica deve intendersi quella prestata dallo specialista durante le sedute di chemioterapia infusione ambulatoriale, domiciliare, in day hospital, in ricovero notturno, oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno senza chemioterapia.

L'assistenza specialistica oncologica non è assimilabile alla visita specialistica, non si somma a quest'ultima, e non è riconosciuta nel caso di sola consegna dei farmaci chemioterapici per terapia domiciliare.

Le tariffe esposte sono comprensive delle prestazioni professionali rese dall'intera équipe medica-oncologica. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
83	Chemio – ipertermia perfusione (come fase dell'intervento principale)	2.800,00
84	Espianto di CVC (come unica prestazione)	110,00
85	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione)	340,00
86	Impianto di CVC (come unica prestazione)	300,00
87	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	680,00
88	Prestazione équipe medica oncologica in regime ambulatoriale per trasfusione di sangue e/o di emoderivati	150,00
89	Prestazioni équipe medica oncologica in regime di ricovero in day hospital (degenza diurna) o ambulatoriale o domiciliare per mono-polichemioterapia antitumorale e/o ipertermia, con infusione continua o circadiana a mezzo di pompe elettroniche programmabili portatili ed eventuale ricarica dei farmaci e controlli clinici o per terapie antineoplastiche oppure chemioterapia con infusione rapida o prolungata dei farmaci: a seduta	190,00
90	Prestazioni équipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per mono-polichemioterapia antitumorale, con terapia perfusione: a giornata	290,00
91	Prestazioni équipe medica oncologica in regime di ricovero con degenza notturna per infusione di farmaci in cavità naturali con o senza evacuazione di liquidi biologici/patologici o terapia endovesicale con cateterismo, comprensiva di qualsiasi atto medico: unica seduta	520,00
92	Prestazioni équipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: dalla prima alla decima giornata	160,00
93	Prestazioni équipe medica oncologica durante un ricovero senza chemioterapia con degenza notturna: oltre la decima giornata	85,00

## SEZIONE L. - MEDICINA IPERBARICA (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

La tariffa esposta deve intendersi come omnicomprensiva dell'assistenza medico – chirurgica, infermieristica e/o tecnica ed è riconoscibile, dietro presentazione della prescrizione medica con diagnosi che riporti la patologia certa che ha reso necessaria la cura. Le sedute non sono riconosciute in caso di terapie sperimentali, patologie del cavo orale limitatamente a quelle odontoiatriche ovvero, sono riconosciute solo nell'ambito di intervento del presente Nomenclatore – Tariffario.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
94	Medicina iperbarica - costo per seduta singola o collettiva per qualsiasi patologia (qualsiasi durata di tempo) comprensiva dell'assistenza tecnica, medico-chirurgica ed infermieristica	50,00

## SEZIONE M. - LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA RENALE-URETERALE-EPATO-BILIARE (trattamenti completi compresi compensi professionali e l'uso delle apparecchiature)

### LITOTRIPSIA - Rene

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
95	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	1.600,00
96	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	1.800,00
97	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	2.000,00
98	Litotripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale - trattamento completo - compreso eventuale PUSH-UP	2.200,00

### LITOTRIPSIA - Uretere

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
99	Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	1.800,00
100	Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	1.900,00

### LITOTRIPSIA - Fegato e vie biliari

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
101	Litotripsia extracorporea per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	2.000,00

## SEZIONE N. - TERAPIE

## Radioterapia (trattamenti completi salvo quanto espressamente descritto)

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe esposte si intendono per seduta, indipendentemente se eseguite ambulatorialmente o in ricovero (diurno o notturno).

Comprendono:

L'uso delle apparecchiature, la stesura del piano di cura, le visite di controllo (non assimilabili a visite specialistiche) ed i sistemi di verifica durante il trattamento, le dosimetrie in vivo, il mezzo di contrasto e l'assistenza anestesiológica, i materiali di uso comune, ove necessari, salvo quanto specificatamente descritto.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
102	Adroterapia (a seduta)	1.500,00
103	Betaterapia superficiale con radioisotopi artificiali (per seduta)	52,00
104	Brachiterapia interstiziale con impianto permanente di semi radioattivi nella prostata (compreso costo dei semi)	8.400,00
105	Brachiterapia (Courieterapia) interstiziale od endocavitaria o coronarica (prima seduta)	3.675,00
106	Brachiterapia (Courieterapia) interstiziale od endocavitaria o coronarica (sedute successive)	840,00
107	Brachiterapia (Courieterapia) superficiale (apparecchi modellati)	210,00
108	Contornazione del target e degli organi critici per piani 3D, valutazione radioterapica dei piani 3 D e validazione (intero trattamento)	241,00
109	Contornazione del target e degli organi critici per piani IMRT, valutazione radioterapica dei piani IMRT e validazione (intero trattamento)	550,00
110	Film di verifica in corso di trattamento ( massimo uno a settimana)	84,00
111	Immobilizzazione con casco stereotassico (compreso anestesista)	493,00
112	Ipertermia associata alla radioterapia (per seduta)	178,00
113	Irradiazione intraoperatoria (IORT)	3.000,00
114	Plesioroentgenterapia (per seduta)	40,00
115	Posizionamento di placche per la radioterapia del melanoma coroidale compresa prestazione del medico oculista	1.680,00
116	Radioterapia conformazionale dinamica con collimatore micro-multi-leaf ( per seduta)	157,00
117	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): irradiazione cutanea totale con elettroni (TSEBI)	2.730,00
118	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): irradiazione emicorporea (HBI)	367,00
119	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): panirradiazione (TBI) prima o unica seduta	1.470,00
120	Radioterapia con tecniche speciali (trattamento globale): panirradiazione (TBI) frazionata, ogni seduta successiva	147,00
121	Radioterapia IMRT (per seduta)	190,00
122	Radioterapia selettiva interna intraepatica (SIRT)	3.100,00
123	Radioterapia stereotassica (trattamento globale, anche cyber knife)	3.150,00
124	Radioterapia stereotassica plurifrazionata: prima frazione (anche cyber knife)	2.200,00
125	Radioterapia stereotassica plurifrazionata: frazioni successive (anche cyber knife)	550,00
126	Roentgenterapia superficiale non oncologica (per seduta)	25,00
127	Schermatura, modificatori del fascio, sistemi di immobilizzazione personalizzati (unica prestazione)	157,00
128	Simulazione con fusione di immagini TC e RMN	650,00
129	Simulazione del trattamento: mediante RM	400,00
130	Simulazione del trattamento: mediante TAC	300,00
131	Simulazione del trattamento: radiologia tradizionale	170,00
132	Simulazione per radioterapia stereotassica con angiografia	346,00
133	Simulazione per radioterapia stereotassica con TAC	250,00
134	Sistema immobilizzazione per radioterapia 3D e dinamica	262,00
135	Studio dosimetrico	136,00
136	Telecobaltoterapia cinetica (per seduta)	31,00
137	Telecobaltoterapia od altre sorgenti gamma - statica (per seduta)	42,00
138	Terapia con acceleratore lineare fotoni od elettroni (per seduta)	105,00
139	Terapia conformazionale per la prostata od altri organi, ove necessaria (per seduta)	136,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
140	Tomoterapia PET (per seduta)	450,00
141	Trattamento di termofrequenza mirato (per seduta)	2.625,00

### Trattamenti HIFU per:

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
142	Cancro della prostata – trattamento HIFU	4.000,00
143	Fibromi e fibromiomi dell'utero – trattamento HIFU	3.000,00
144	Fibromi della mammella – trattamento HIFU	2.000,00
145	Sarcoma dei tessuti molli – trattamento HIFU	1.800,00
146	Sarcoma retroperitoneale – trattamento HIFU	5.000,00
147	Tumore del rene/surrene – trattamento HIFU	5.000,00
148	Tumore del pancreas – trattamento HIFU	3.000,00
149	Tumore maligno della mammella – trattamento HIFU	2.000,00
150	Tumore delle ossa – trattamento HIFU	2.500,00
151	Tumore maggiore del fegato – trattamento HIFU	7.000,00
152	Tumore minore del fegato – trattamento HIFU	4.500,00

### Terapia antalgica - Compensi professionali - Assistenza équipe medica (trattamenti completi - Salvo quanto espressamente descritto)

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe sono comprensive dell'assistenza équipe medica (non assimilabile alla visita specialistica) durante la fase di ricovero. Le prestazioni sono rimborsabili solamente se eseguite in regime di ricovero diurno o notturno o ambulatoriale.

La necessità di effettuare le prestazioni sotto indicate deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in Anestesia e Rianimazione (Terapia intensiva e del Dolore) o dallo specialista in Neurochirurgia. Non sono previste altre possibilità. Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/ strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Sezione si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
153	Alcolizzazione del nervo laringeo superiore	250,00
154	Alcolizzazione per neuroma di Morton	200,00
155	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia epidurale sacrale continua (per il primo giorno di trattamento)	115,00
156	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia epidurale sacrale continua (per ogni giorno successivo)	110,00
157	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia peridurale continua (per il primo giorno di trattamento)	160,00
158	Blocchi analgesici e di nervi periferici: analgesia peridurale continua (per ogni giorno successivo)	105,00
159	Blocchi analgesici e di nervi periferici: branche trigeminali	155,00
160	Blocchi analgesici e di nervi periferici: ganglio di Gasser, ganglio del simpatico lombare, ganglio celiaco	230,00
161	Blocchi analgesici e di nervi periferici: ganglio sfenopalatino, ganglio stellato	210,00
162	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi cervicali	150,00
163	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi cranici	200,00
164	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi del simpatico lombare	130,00
165	Blocchi analgesici e di nervi periferici: nervi intercostali	150,00
166	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervi spinali dorsali	125,00
167	Blocchi analgesici di nervi periferici: nervo otturatorio	150,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
168	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): blocco subaracnoideo	450,00
169	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): blocco trans-sacrale	300,00
170	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): denervazione faccette articolari vertebrali	300,00
171	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): ganglio di Gasser	350,00
172	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): impianto elettrodi midollari per elettrostimolazione	350,00
173	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): impianto elettrodi per elettrostimolazione percutanea in spazio peridurale	250,00
174	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): infiltrazione anestetica faccette articolari vertebrali	230,00
175	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): nervi cervicali	230,00
176	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): nervi cranici	250,00
177	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): plesso celiaco	600,00
178	Blocchi nervosi prolungati (neurolisi): simpatico cervicale o lombare	400,00
3197	Neurolisi con radiofrequenza pulsata delle radici spinali (a seduta, qualsiasi tratto) (massimo 5 sedute l'anno)	300,00
179	Blocco dell'ipofisi	1.000,00
180	Cateterismo plessico per blocco continuo	600,00
181	Impianto di elettrostimolatore midollare, intervento di	2.200,00
182	Infiltrazione peridurale per lombalgia (qualsiasi medicinale, escluso ozonoterapia) (massimo 5 infiltrazioni l'anno)	100,00
183	Lisi peridurale (peridurolisi con catetere di Racz)	1.800,00
184	Posizionamento di dispositivo totalmente impiantabile per la somministrazione di farmaci intratecale/subaracnoidea	5.500,00
185	Somministrazione di farmaco subaracnoideo/intratecale (test di prova)	200,00
186	Sostituzione di elettrostimolatore midollare	1.000,00
187	Terapia antalgica mediante infusione endovenosa (per ogni giornata di trattamento in regime di ricovero notturno)	100,00

### Terapie con radionuclidi (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe per le terapie sottoelencate sono comprensive dei compensi per le prestazioni professionali, di esami scintigrafici, dei materiali specifici e dei medicinali.

Le tariffe non comprendono la retta di degenza giornaliera notturna o in day hospital (diurna) e l'uso della speciale stanza attrezzata e dedicata alle terapie radiometaboliche.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
188	Feocromocitomi maligni e neuroblastomi - con 131I - MIBG - trattamento completo - in regime di ricovero notturno	1.100,00
189	Radiosinovirti - trattamento completo per un distretto articolare - in regime di day hospital	600,00
190	Radiosinovirti - trattamento completo per più distretti articolari - in regime di day hospital	900,00
191	Terapia del dolore da metastasi ossee - trattamento completo - in regime di day hospital - unica seduta	2.700,00
192	Terapia radiometabolica delle neoplasie tiroidee - trattamento completo - in regime di ricovero notturno	1.700,00
193	Terapia radiometabolica per patologia tiroidea tireotossica (ipertiroidismo) - trattamento completo	400,00

### SEZIONE O. - INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO, IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY) O AMBULATORIALE (vedere anche le "Avvertenze" valide per tutte le branche della Sezione O)

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe previste per le singole voci inserite nella presente Sezione ed indipendentemente dalla tipologia di intervento /prestazione e del regime in cui lo stesso viene eseguito, sono omnicomprensive delle prestazioni/competenze: di tutti i partecipanti all'atto chirurgico/medico (operatore/i, aiuti, assistenti, anestesisti, tecnici ecc.), rilevabili dal verbale della sala operatoria all'interno della cartella clinica e dalla cartella clinica stessa; dell'assistenza prestata dall'intera équipe chirurgica durante il ricovero fino alle dimissioni (non sono previste deroghe). Ne consegue che, anestesia (qualsiasi tipologia), sedazione e/o sedazione cosciente sono ricompresi

delle prestazioni/cure (non sono previste deroghe). Per le prestazioni/procedure eseguite al di fuori della sala operatoria/sala operatoria ambulatoriale/sala ambulatoriale, è vincolante l'inoltro di una dettagliata relazione medica.

Si precisa che gli interventi/procedure inserite nella presente sezione si intendono comprensive degli strumenti/apparecchiature e quanto necessario per l'esecuzione delle procedure stesse (materiali monouso legati alla strumentazione/apparecchiature), salvo quanto compreso nelle rispettive sale operatorie e salvo quanto esposto nel paragrafo "strumenti ad alto costo".

Tutti gli interventi/prestazioni devono intendersi come omnicomprensivi di tutte le fasi secondo le procedure standard adottate dalla tecnica chirurgica.

L'eventuale conversione intraoperatoria da "procedura chiusa" a "procedura a cielo aperto", tecnica con la quale viene terminato l'intervento, prevede il riconoscimento della sola tecnica a "cielo aperto", ovvero viene riconosciuta una sola procedura.

Il prelievo bioptico (biopsia) deve intendersi come indipendentemente dal numero di prelievi/frammenti prelevati nella medesima seduta, ovvero è rimborsabile una sola volta a seduta chirurgica se effettuata sullo stesso organo, tessuto interno o porzione di cute.

Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico.

Si precisa che sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione.

Per gli interventi/prestazioni "eseguibili ambulatorialmente", l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi), sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata, oltre quanto già previsto, documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto all'esecuzione in regime di ricovero.

Sono tassativamente esclusi dal rimborso tutte le cure, gli atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti connessi ad infertilità, sterilità, impotenza, frigidity e/o a tutte queste riconducibili; tutte le cure e/o atti chirurgici e/o terapie mediche e/o accertamenti di natura estetica e/o a questa riconducibile e/o conseguenti ad eventuali precedenti terapie/cure.

Sono altresì esclusi, qualsiasi tipo di cure/interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzioni della cornea eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, qualsiasi altro trattamento laser in oculistica, oltre quanto specificatamente dettagliato nell'apposita sezione "trattamenti laser" e/o oltre quanto esplicitamente previsto nella sezione "pacchetti chirurgici oculistica" e/o quanto previsto dal Nomenclatore – Tariffario in vigore all'atto della fatturazione a saldo. Il Fondo, qualora ravvisasse la necessità di ulteriori approfondimenti nell'ambito dei previsti e consueti controlli, si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta. Si invita, pertanto, a provvedere anticipatamente all'esecuzione di fotografie pre e post intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi, con particolare riferimento agli interventi di chirurgia generale, dermatologia, plastica ricostruttiva ed oculistica.

## Cardiochirurgia (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
194	Stand by cardiochirurgico (presenza intera équipe) per interventi di cardiologia interventistica, salvo i casi descritti in cui il compenso è già compreso nelle tariffe esposte	1.100,00
195	Bypass aorto coronarici multipli (C.E.C.)	8.500,00
196	Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)	8.000,00
197	Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi o sostituzioni valvolari multiple o sostituzione aortica o plastica dell'aorta (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	9.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
198	Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) in età adulta o neonatale - interventi di, salvo gli interventi descritti	4.600,00
199	Cisti del cuore o del pericardio	3.400,00
200	Commisurotomia per stenosi mitralica	4.000,00
201	Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	1.800,00
202	Drenaggio pericardico	2.500,00
203	Embolectomia con Fogarty	570,00
204	Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	4.000,00
205	Fistole arterovenose del polmone, interventi per	4.000,00
206	Massaggio cardiaco interno	260,00
207	Pericardiectomia parziale	3.600,00
208	Pericardiectomia totale	4.000,00
209	Pericardiocentesi	350,00
210	Pericardiotomia comprese biopsie multiple - per versamento	1.800,00
211	Reintervento con ripristino di C.E.C.	4.000,00
212	Riapertura del pericardio per sanguinamento	5.000,00
213	Rimozione di punti metallici sternali, toilette chirurgica ed eventuale trattamento di fistole cutanee	1.500,00
214	Sezione o legatura del dotto arterioso di Botallo	3.600,00
215	Sostituzione valvolare in chirurgia mini invasiva (heart port)	8.500,00
216	Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	8.500,00
217	Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarici (C.E.C.)	9.500,00
218	Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00
219	Valvuloplastica cardiochirurgica	6.800,00

### Cardiologia interventistica (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti. Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
220	Ablazione transcateretere	3.200,00
221	Alcolizzazione settale compresa coronarografia	3.000,00
222	Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensiva di studio coronarografico, di eventuale stand-by cardiocirurgico ed applicazione di stents	3.000,00
223	Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva di studio coronarografico, di eventuale stand-by cardiocirurgico ed applicazione di stents	3.500,00
224	Biopsia endomiocardica destra	700,00
225	Biopsia endomiocardica sinistra	820,00
226	Cateterismo destro e sinistro e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	2.500,00
227	Chiusura percutanea di forame ovale pervio/difetto interatriale	3.400,00
228	Controllo elettronico del pace maker e/o defibrillatore (ICD) impiantato (compresa consulenza ingegnere) in fase successiva all'impianto	130,00
229	Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	1.600,00
230	Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di bypass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2.200,00
231	Defibrillatore (ICD) con o senza pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di dispositivo temporaneo	4.000,00
232	Defibrillazione elettrica terapeutica per interruzione aritmie (cardioversione)	700,00
233	Impianto ed espianto di loop-recorder sottocutaneo	800,00
234	Mappaggio elettromeccanico endocavitario, compreso il riposizionamento e/o rimozione di elettrocateretri ventricolari, qualsiasi metodica	2.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
235	Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocatereteri e programmazione elettronica del pace maker	3.000,00
236	Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	1.200,00
237	Revisione tasca di pacemaker/ICD per decubito generatore (con sostituzione del generatore e riposizionamento degli elettrocatereteri)	1.500,00
238	Riprogrammazione elettronica del pace maker e/o defibrillatore (ICD) con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo	150,00
239	Rivascolarizzazione miocardica, qualsiasi metodica	4.200,00
240	Sostituzione generatore pace maker definitivo	1.300,00
241	Sostituzione generatore di defibrillatore impiantabile	1.300,00
242	Stand by cardiocirurgico (presenza intera équipe) salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	1.100,00
243	Studio elettrofisiologico endocavitario	2.000,00
244	Valvuloplastica non cardiocirurgica	2.500,00

### Chirurgia della mammella (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Tutti i compensi degli interventi di chirurgia demolitiva sono comprensivi della ricostruzione plastica mammaria (escluse protesi).

Il rimborso dell'intervento chirurgico di posizionamento o sostituzione di protesi mammaria viene riconosciuto solo in seguito ad interventi di chirurgia demolitiva per neoplasia. Sono escluse tutte le prestazioni con finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o da queste conseguenti.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
245	Agoaspirato ecoguidato noduli mammari – compresa ecografia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
246	Ascesso mammario, incisione di	700,00
247	Asimmetria mammaria controlaterale dopo chirurgia oncologica, correzione chirurgica di (qualsiasi tecnica)	2.500,00
248	Biopsia incisionale/escissionale stereotassica (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.650,00
249	Espansione tissutale di esiti cicatriziali post-chirurgia demolitiva per introduzione di protesi mammaria (trattamento completo)	3.500,00
250	Linfoadenectomia ascellare (come unico intervento)	3.800,00
251	Linfoadenectomia mammaria interna (come unico intervento)	3.800,00
252	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo) (come unico intervento)	2.200,00
253	Lipostruttura mammaria dopo chirurgia oncologica e/o radioterapia mono o bilaterale (trattamento completo)	1.000,00
254	Mammotome (compresa prestazione del medico radiologo) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
255	Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfoadenectomie associate	7.300,00
256	Mastectomia semplice totale con eventuali linfoadenectomie	6.000,00
257	Mastectomia sottocutanea (trattamento completo)	5.500,00
258	Neoplasie e/o cisti benigne, asportazione di (compresa ricostruzione plastica mammaria)	2.800,00
259	Posizionamento di punti di repere o fiducials (come unica prestazione)	300,00
260	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfoadenectomie associate, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)	6.500,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
261	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfadenectomie associate	6.000,00
262	Quadrantectomia, compresa tecnica "NIPPLE-SPARING", senza linfadenectomie associate	4.000,00
263	Ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica (come fase dell'intervento principale)	400,00
264	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.500,00
265	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.000,00
266	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	3.800,00
267	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)	3.800,00
268	Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)	5.800,00
269	Tumorectomia con resezione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo)	6.500,00

### Chirurgia della mano (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Per trattamento completo s'intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale. Voci mancanti in Chirurgia della mano: vedi anche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
270	Amputazioni carpalì	1.900,00
271	Amputazioni falangee	1.000,00
272	Amputazioni metacarpali	1.450,00
273	Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	2.500,00
3189	Fasciotomia percutanea per malattia di Dupuytren	1.000,00
274	Artrodesi carpale	2.000,00
275	Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	1.600,00
276	Artroplastica	1.900,00
277	Artroprotesi carpale	3.400,00
278	Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	2.600,00
279	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1.000,00
280	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00
281	Deformità ad asola della mano	1.800,00
282	Dito a martello della mano	1.200,00
283	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	2.000,00
284	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	250,00
285	Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	2.500,00
286	Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	600,00
287	Lembi cutanei microchirurgici	4.200,00
288	Lesioni cutanee, ricostruzioni di (plastica V/Y, Y/V, Z)	750,00
289	Lesioni nervose traumatiche e non, della mano	2.000,00
290	Lesioni tendinee della mano, intervento per tenorrafie	2.000,00
291	Mano spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	1.400,00
292	Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di De Quervain, tenosinoviti	980,00
293	Osteotomie (come unico intervento)	2.500,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
294	Pseudoartrosi delle ossa lunghe	1.500,00
295	Pseudoartrosi dello scafoide carpale	2.000,00
296	Reimpianto di elementi distali della mano	1.250,00
297	Ricostruzione di puleggia tendinea	1.600,00
298	Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	5.200,00
299	Rigidità delle dita	2.000,00
300	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	5.200,00
301	Rizoartrosi	2.500,00
302	Sindromi canalicolari trattamento completo (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	1.300,00
303	Sinovialectomia (come unico intervento)	1.300,00
304	Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	6.000,00
305	Tumori di qualsiasi natura, exeresi o escissione in blocco	1.500,00

### Chirurgia del piede (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Per trattamento completo s'intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinovietomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale. Voci mancanti in Chirurgia del piede: vedi anche Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia plastica ricostruttiva.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
306	Alluce rigido compresa correzione chirurgica delle deformità interfalangee associate compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.600,00
307	Alluce valgo compresa correzione chirurgica delle deformità interfalangee associate compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.600,00
308	Amputazione tarsali	1.900,00
309	Amputazioni falangee	1.000,00
310	Amputazioni metatarsali	1.500,00
311	Aponeurectomia plantare	2.000,00
312	Artrodesi metatarso-falangea	1.500,00
313	Artrodesi di ossa del tarso (sottoastragala isolata; sottoastragala e astragalo-scafo-cuneiforme; astragalo-scafoidea e astragalo-scafo-cuneiforme, Lisfranc; etc.)	2.500,00
314	Artrodesi di tibio-tarsica (tibio-tarsica e sottoastragala; tibio-tarsica e sottoastragala e cheiloplastica; etc.)	2.500,00
315	Artroprotesi tibio-tarsica (trattamento completo)	6.000,00
316	Asportazione di osso scafoideo accessorio	800,00
317	Calcaneo stop	1.500,00
318	Cisti sinoviali, asportazione di	900,00
319	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1.000,00
320	Correzione di piede piatto, parti molli e/o ossei	1.600,00
321	Correzione di piede torto congenito, parti molli e/o ossee	3.000,00
322	Deformità ad asola delle dita del piede	1.600,00
323	Dito a martello del piede compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.300,00
324	Fasciotomia plantare con asportazione di sperone calcaneare	1.300,00
325	Frattura bimalleolare con o senza lussazione tibio astragala trattamento cruento ed eventuale sutura capsulo-legamentosa	2.000,00
326	Frattura calcagno trattamento cruento con o senza innesto	2.000,00
327	Frattura isolata di malleolo tibiale trattamento cruento	1.500,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
328	Frattura isolata di malleolo peroneale trattamento cruento	1.500,00
329	Frattura trimalleolare con o senza lussazione tibio astragalica trattamento cruento	3.000,00
330	Fratture astragalo trattamento cruento	2.000,00
331	Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	2.400,00
332	Lisi della sindesmosi tibio peroneale distale	900,00
333	Neuroma di Morton, intervento chirurgico per	1.700,00
334	Reimpianto di elementi distali del piede	1.250,00
335	Riallineamento metatarsale con osteotomie metatarsali multiple	2.100,00
336	Sindromi canalicolari del piede	1.800,00
337	Lesione dei retinacoli, intervento per sutura o ricostruzione	1.000,00
338	Tenoplastiche	1.250,00
339	Teno-vaginolisi (come fase dell'intervento principale)	300,00
340	Teno-vaginolisi (come unico intervento)	1.000,00
341	Trasposizioni e trapianti tendinei	2.250,00
342	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni nell'ambito delle ossa del tarso e del metatarso	2.400,00
343	Trattamento chirurgico di fratture e fratture lussazioni delle falangi	1.600,00

### Chirurgia dermatologica - Crioterapia - Laserterapia (trattamenti completi)

*Premesse specifiche di branca:*

La mappa nevica è compresa nella visita specialistica e/o cure.

Sono esclusi tutti i trattamenti estetici (peeling, dermoabrasione, filler ed altro) e/o quanto a questi riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetiche pur se le voci risultano esposte nella presente sezione.

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Il FASI, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per le asportazioni di neoformazioni benigne, pertanto come riportato nelle Avvertenze e nelle premesse della presente Sezione, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazione/apparecchiature.

Si precisa che, con il termine "unica seduta" si intende indipendentemente dalla localizzazione (parte corpo) e dal numero di asportazioni. Altresì si precisa che la dermoabrasione, è assimilabile unicamente al codice/prestazione della diatermocoagulazione e/o crioterapia.

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, indipendentemente dalla localizzazione, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi (non sono previste deroghe).

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Voci mancanti in Chirurgia dermatologica: vedi anche Chirurgia plastica ricostruttiva (per le quali valgono le medesime precisazioni).

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
344	Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose del tronco/arti della testa esclusi angiomi, spider nevi ed inestetismi (unica seduta)	150,00
346	Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni di natura non virale eccetto i casi descritti (a seduta) (massimo 5 sedute l'anno)	50,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
348	Epiluminescenza digitale, qualsiasi apparecchiatura (massimo 1 volta l'anno)	30,00
349	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico radiologo/nucleare) - come unico intervento	2.200,00
350	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	650,00
351	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.500,00
3190	Terapia Fotodinamica di tumori cutanei maligni o lesioni precancerose - a seduta - (Obbligo di presentazione fotografia pre e post trattamento sottoscritta dal medico chirurgo che ha effettuato la prestazione e dall'assistito)	75,00
352	Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) - a seduta indipendentemente dalla tipologia di alterazione cutanea virale e/o del numero di alterazioni trattate per seduta (massimo 5 sedute l'anno)	75,00
354	Tumore profondo maligno cutaneo, asportazione allargata con riparazione di PSC (comprese linfadenectomie)	2.000,00
355	Tumore profondo maligno cutaneo, asportazione allargata con riparazione di PSC (senza linfadenectomie associate)	800,00
356	Tumore superficiale maligno cutaneo di tronco/arti, intervento chirurgico per	350,00
357	Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti o lipomi tronco/arti, verruche, asportazione di	165,00
358	Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo, comprensivo di tutte le sedute)	300,00
359	Tumore profondo maligno cutaneo della testa, asportazione di	800,00
360	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/arti, asportazione di	500,00
361	Tumore superficiale maligno cutaneo della testa, intervento chirurgico per	400,00
362	Tumore superficiale o cisti benigna della testa, intervento chirurgico per	240,00

## Chirurgia generale (trattamenti completi)

### Interventi chirurgici minori

#### Premesse specifiche di branca:

Si intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoformazioni sottofasciali; per tumori profondi extracavitari: il tumore del muscolo scheletrico, il tumore o la lesione simil tumorale fibrosa. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Il Fasi, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per le asportazioni di neoformazioni benigne, pertanto come riportato nelle Avvertenze e nelle premesse della presente Sezione, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse. Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature).

Le medicazioni (semplici e/o avanzate) per qualsiasi tipologia di ferita o per ulcera cutanea di qualsiasi natura non sono rimborsabili se eseguite in regime ambulatoriali, mentre in regime di ricovero (qualsiasi) sono comprese nelle relative procedure.

Si specifica che alcuni esami, esposti nelle sottosezioni, sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
363	Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	210,00
364	Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	85,00
365	Ascesso o flemmone diffuso, incisione di	370,00
366	Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, trattamento chirurgico radicale di	500,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
367	Ascesso o flemmone superficiale e circoscritto, incisione di	180,00
368	Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	160,00
369	Chiusura di fistola artero-venosa iatrogena	400,00
370	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00
371	Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di	450,00
372	Corpo estraneo superficiale, estrazione di	150,00
373	Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	300,00
374	Ematoma superficiale, svuotamento di	95,00
375	Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di	1.200,00
376	Espianto di catetere peritoneale	160,00
377	Espianto di CVC (come unica prestazione)	110,00
378	Espianto di sistemi venosi impiantabili tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione)	340,00
379	Ferita profonda della faccia, sutura di	630,00
380	Ferita profonda, sutura di	340,00
381	Ferita superficiale della faccia, sutura di (escluse quelle di pertinenza oculistica)	200,00
382	Ferita superficiale, sutura di (escluse quelle di pertinenza oculistica)	125,00
383	Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	525,00
384	Fistola cutanea, trattamento chirurgico radicale di	300,00
385	Idrosadenite, trattamento chirurgico per	500,00
386	Impianto chirurgico di catetere peritoneale	1.000,00
387	Impianto di CVC (come unica prestazione)	300,00
388	Impianto di sistemi venosi tipo PORT-A-CATH, GROSHONG ed altri simili (come unica prestazione) con eventuale guida ecografica	680,00
389	Infiltrazione di fattori di crescita (lesioni muscolo-scheletriche, dermatologiche) comprensivo di materiali, medicinali ed apparecchiature. (Max. 3 sedute/anno)	200,00
390	Patereccio profondo ed osseo, intervento per	190,00
391	Patereccio superficiale, intervento per	160,00
392	Tumore profondo extracavitario, asportazione di	1.800,00
393	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/arti, asportazione di	500,00
394	Tumore superficiale maligno cutaneo di tronco/arti, asportazione di	350,00
395	Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti o lipomi tronco/arti, verruche, asportazione di	165,00
396	Ulcere cutanee e/o piaghe da decubito, toilette chirurgica in sedazione profonda (compresa necrosectomia).	700,00
397	Unghia incarnita, asportazione di (compresa plastica - trattamento completo)	180,00

### Collo

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
398	Agoaspirato/agobiopsia ecoguidata per noduli tiroidei - compresa ecografia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	100,00
399	Alcolizzazione percutanea ecoguidata di noduli tiroidei - compresa ecografia	310,00
400	Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	370,00
401	Biopsia prescalenica (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	250,00
402	Cisti o fistola congenita, asportazione di	1.550,00
403	Fistola esofago-tracheale, intervento per	3.600,00
404	Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	3.000,00
405	Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	4.000,00
406	Linfoadenectomia sopraclavare (come unico intervento)	3.000,00
407	Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico (come unico intervento)	1.600,00
408	Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	4.500,00
409	Paratiroidi, reinterventi	5.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
410	Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	3.500,00
411	Tiroide, lobectomie	4.000,00
412	Tiroidectomia subtotale	4.500,00
413	Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale	5.000,00
414	Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per	5.000,00
415	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale	5.600,00
416	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale	5.800,00
417	Tracheostomia, chiusura e plastica	2.400,00
418	Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	1.200,00
419	Tracheotomia con tracheostomia di elezione	1.800,00
420	Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	2.040,00
421	Tumore maligno del collo, asportazione di (escluso i casi descritti)	4.500,00

### *Esofago*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
422	Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	4.700,00
423	Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	4.700,00
424	Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	10.000,00
425	Esofagite, ulcera esofagea (compresa plastica antireflusso e/o vagotomia), intervento per	3.360,00
426	Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia	6.800,00
427	Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia	6.800,00
428	Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	11.800,00
429	Esofagomiotomia (anche endoscopica - come unico intervento)	2.600,00
430	Esofagostomia (come unico intervento)	1.800,00
431	Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	2.400,00
432	Megaesofago, intervento per	4.000,00
433	Megaesofago, reintervento per	3.600,00
434	Protesi endo - esofagee, collocazione di	1.400,00
435	Sondaggio esofageo per dilatazione graduale - prima seduta	350,00
436	Sondaggio esofageo per dilatazione graduale - sedute successive	200,00
437	Stenosi benigne dell'esofago, interventi per	2.400,00
438	Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser	500,00
439	Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	5.000,00

### *Stomaco - Duodeno*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
440	Bendaggio gastrico per il trattamento dell'obesità patologica, qualsiasi tecnica	3.600,00
441	Dumping syndrome, interventi di riconversione per	3.000,00
442	Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso e/o plastica dei pilastri diaframmatici)	5.000,00
443	Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	6.800,00
444	Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)	7.000,00
445	Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa	8.000,00
446	Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata	12.300,00
447	Gastrectomia totale per patologia benigna	5.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
448	Impianto di neuromodulatore gastrico per via laparoscopica	2.000,00
3191	Intervento di sleeve gastrectomy per obesità patologica	3.500,00
449	Piloroplastica (come unico intervento)	1.800,00
450	Posizionamento di BIB (Bioenterycs Intragastric Ballon) per obesità patologica	1.500,00
3192	Posizionamento o rimozione di Obalon intragastrico	180,00
451	Resezione gastro duodenale	9.000,00
452	Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	6.000,00
453	Rimozione di BIB (Bioenterycs Intragastric Ballon) per obesità patologica	680,00
454	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica	2.600,00
455	Vagotomia selettiva e/o superselettiva con eventuale piloroplastica (come fase di intervento principale)	600,00
456	Varici gastriche (emostasi chirurgica)	2.800,00

### Intestino: Digiuno - Ileo - Colon - Retto - Ano

#### Premesse specifiche di branca:

Per trattamenti terapeutici iniettivi s'intendono: il trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali (limitatamente a queste) ed il trattamento con sclerosanti per le emorroidi (limitatamente a queste).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
457	Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo	8.000,00
458	Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	4.000,00
459	Anoplastica e perineoplastica (come unico intervento)	3.300,00
460	Appendicectomia con peritonite diffusa	4.000,00
461	Appendicectomia semplice a freddo (qualsiasi tecnica)	2.700,00
462	Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	1.400,00
463	Ascesso perianale, intervento per	1.400,00
464	Bypass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne	5.000,00
465	Bypass intestinali per il trattamento obesità patologica	3.800,00
466	Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	1.600,00
467	Colectomia segmentaria (compresa eventuale stomia)	4.500,00
468	Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	5.500,00
469	Colectomia totale (compresa eventuale stomia)	6.300,00
470	Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)	6.500,00
471	Colotomia con colorrafia (come unico intervento)	3.900,00
472	Condilomi acuminati perineali-anali, intervento chirurgico per (qualsiasi tecnica, trattamento completo)	650,00
473	Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	1.400,00
474	Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	5.000,00
475	Corpi estranei dal retto, estrazione per via naturale semplice di	100,00
476	Corpi estranei del retto, estrazione per via addominale di	2.100,00
477	Corpi estranei del retto, estrazione con sfinterotomia di (compresa anoplastica)	1.200,00
478	Digiunostomia (come unico intervento)	1.400,00
479	Diverticoli di Meckel, resezione di	2.600,00
480	Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	2.400,00
481	Emicolectomia destra con linfadenectomie	6.000,00
482	Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)	7.000,00
483	Emorroidi (criochirurgia o diatermocoagulazione trattamento completo)	950,00
484	Emorroidi (laserchirurgia trattamento completo)	1.200,00
485	Emorroidi e ragadi (criochirurgia trattamento completo)	1.000,00
486	Emorroidi e ragadi (laserchirurgia trattamento completo)	1.300,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
487	Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per (compreso trattamento prolusso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica, qualsiasi apparecchiatura / strumentazione	2.000,00
3193	Confezionamento di colostomia continente (come unico intervento)	2.500,00
488	Emorroidi: trattamenti terapeutici iniettivi e/o legatura elastica - a seduta	80,00
489	Emorroidi, intervento chirurgico radicale (compreso trattamento prolusso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica, qualsiasi apparecchiatura / strumentazione	2.000,00
491	Enterostomia (come unico intervento)	2.400,00
492	Fistola anale extrasfinterica	1.400,00
493	Fistola anale intrasfinterica	1.500,00
494	Fistole anali (laserchirurgia, trattamento completo)	900,00
495	Incontinenza anale, intervento chirurgico per (trattamento completo)	2.700,00
496	Intestino tenue, resezione parziale del	3.800,00
497	Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	3.300,00
498	Megacolon, intervento per	5.800,00
499	Megacolon: colostomia	1.600,00
500	Mikulicz, estrinsecazione sec.	1.650,00
501	Nodulo fibroplastico dell'ano, marisca, asportazione di	400,00
502	Polipectomia retto-colon per via laparotomica	2.600,00
503	Polipo rettale per via transanale, asportazione di (come unico intervento) - qualsiasi tecnica, qualsiasi strumentazione/apparecchiatura	700,00
504	Posizionamento protesi del colon	930,00
505	Posizionamento protesi del retto	800,00
506	Procto-colectomia totale con pouch ileale	9.000,00
507	Prolasso rettale compreso trattamento emorroidi, intervento transanale per (come unico intervento) - qualsiasi tecnica - qualsiasi strumentazione/apparecchiatura	3.800,00
508	Prolasso rettale e/o vaginale, riduzione manuale di	120,00
509	Prolasso uro-genitale e rettale o colpo-vescico-rettopessia (qualsiasi via di accesso) – intervento per	7.000,00
510	Ragade anale, trattamento con tossina botulinica (come unico intervento - massimo 2 volte l'anno)	100,00
511	Prolasso rettale compreso trattamento emorroidi, intervento laparotomico per	5.000,00
512	Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	1.300,00
513	Ragadi, criochirurgia per (trattamento completo)	600,00
514	Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	1.000,00
515	Resezione del sigma-retto per patologia benigna	4.000,00
516	Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate	5.000,00
517	Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colonstomia	6.000,00
518	Revisione di colostomia, intervento chirurgico di	1.000,00
519	Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano, compresa eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale	5.800,00
520	Sfinterotomia (come unico intervento)	1.100,00
521	Stricturoplastiche e/o intervento chirurgico per fistole intestinali (biliari, colo-coliche, etc.)	3.500,00
522	Tumore maligno del retto, per via trans-anale o con microchirurgia endoscopica trans-anale (TEM), asportazione di	6.700,00
523	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come unico intervento)	3.000,00
524	Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per (come fase di intervento principale)	1.000,00

### Parete addominale

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
525	Asportazione rete di prolene o similari, escluse recidive di ernie - come fase dell'intervento principale	300,00
526	Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	600,00
527	Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	2.000,00
528	Ernia crurale recidiva (compresa rimozione di rete)	2.100,00
529	Ernia crurale semplice	2.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
530	Ernia crurale strozzata	2.200,00
531	Ernia epigastrica	2.000,00
532	Ernia epigastrica strozzata o recidiva (compresa rimozione di rete)	2.000,00
533	Ernia inguinale con ectopia testicolare	2.500,00
534	Ernia inguinale recidiva (compresa rimozione di rete)	2.000,00
535	Ernia inguinale semplice	2.000,00
536	Ernia inguinale strozzata	2.300,00
537	Ernia ombelicale	2.000,00
538	Ernia ombelicale recidiva (compresa rimozione di rete)	2.200,00
539	Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	2.600,00
540	Intasamento erniario, riduzione manuale di	100,00
541	Laparocèle, intervento per	3.100,00
542	Linfoadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	3.000,00
543	Linfoadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	3.400,00
544	Linfoadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.800,00
545	Linfonodo sentinella, asportazione di (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo) (come unico intervento)	2.200,00
546	Prolasso diaframmatico, intervento per	2.600,00
3194	Riparazione del pavimento pelvico con rete (qualsiasi materiale)	2.000,00

### Peritoneo

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
547	Ascesso del Douglas, drenaggio	2.100,00
548	Ascesso sub-frenico, drenaggio	1.900,00
549	Laparoscopia esplorativa/diagnostica (comprese biopsie)	3.000,00
550	Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	4.000,00
551	Laparotomia con resezione intestinale (comprese stomie)	6.800,00
552	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	2.500,00
553	Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili o per stadiazione linfadenopatie	3.500,00
554	Laparotomia per contusioni e ferite dell'addome senza lesioni di organi interni	2.350,00
555	Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	4.500,00
556	Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	3.200,00
557	Laparotomia per peritonite diffusa	3.200,00
558	Laparotomia per peritonite saccata	3.000,00
559	Lavaggio peritoneale diagnostico (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.700,00
560	Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	2.500,00
3195	Lombotomia esplorativa	2.500,00
561	Occlusione intestinale con resezione	6.000,00
562	Occlusione intestinale senza resezione	4.500,00
563	Omentectomia e/o peritonectomie (come fase di intervento principale)	1.100,00
564	Paracentesi (con o senza somministrazione endocavitaria di farmaci) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
565	Pompa impiantabile per perfusione peritoneale	1.100,00
566	Tumore o fibrosi retroperitoneale (compresi ureterolisi e viscerolisi estesa), intervento chirurgico per (trattamento completo)	8.500,00

### Fegato e vie biliari

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
567	Agobiopsia/agoaspirato (qualsiasi numero di prelievi) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	470,00
568	Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	10.000,00
569	Ascessi, cisti (di qualsiasi natura), angiomi cavernosi, intervento chirurgico per	4.000,00
570	Biopsia epatica (come unico intervento)	2.350,00
571	Calcolosi intraepatica, intervento per	3.650,00
572	Colecistectomia laparoscopica semplice (compresa lisi di aderenze)	3.500,00
573	Colecistectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)	4.000,00
574	Colecistectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)	4.000,00
575	Colecistectomia laparotomica (compresa lisi di aderenze)	3.800,00
576	Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	2.600,00
577	Colecistostomia per neoplasie non resecabili	3.000,00
578	Coledoco/epatico/digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	6.000,00
579	Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia	7.200,00
580	Coledoco-epatico duodenostomia con o senza colecistectomia	6.400,00
581	Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	3.800,00
582	Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	3.700,00
583	Deconnessione azygos-portale per via addominale	5.300,00
584	Drenaggio bilio digestivo intraepatico	3.500,00
585	Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	1.000,00
586	Papilla di Vater, exeresi	3.400,00
587	Papilla di Vater, ampullectomia per cancro con reimpianto del dotto di Wirsung e coledoco	5.500,00
588	Papillostomia, per via transduodenale ed eventuale asportazione di calcoli (come unico intervento)	3.900,00
589	Papillotomia, per via endoscopica (come unico intervento)	2.300,00
590	Resezioni epatiche maggiori	10.000,00
591	Resezioni epatiche minori	7.000,00
592	Riparazione chirurgica per lacerazione del parenchima epatico	3.000,00
593	Termoablazione con radiofrequenza di tumori epatici primitivi, qualsiasi via di accesso	4.100,00
594	Trapianto di fegato (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00
595	Vie biliari, interventi palliativi	3.500,00
596	Vie biliari, reinterventi	6.100,00

### Pancreas - Milza

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
597	Agobiopsia/agoaspirato pancreas	470,00
598	Ascessi pancreatici e/o cisti, drenaggio di	1.200,00
599	Biopsia del pancreas (come unico intervento)	1.100,00
600	Cefalo duodeno pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia	12.000,00
601	Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	2.800,00
602	Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive	3.800,00
603	Fistola pancreatica, intervento per	4.000,00
604	Marsupializzazione interna o esterna di cisti pancreatiche	3.200,00
605	Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	3.800,00
606	Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	5.200,00
607	Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	11.000,00
608	Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	12.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
609	Pancreatite acuta, interventi conservativi	4.600,00
610	Pancreatite acuta, interventi demolitivi	6.200,00
611	Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	3.500,00
612	Splenectomia	6.000,00
613	Trapianto di cellule di Langherans (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	17.000,00
614	Trapianto di pancreas (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00

## Chirurgia oro - maxillo - facciale (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti da specialista in chirurgia maxillo-facciale con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione (comprese), presso struttura sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno. Si ricorda che per alcuni atti chirurgici, in particolar modo se effettuati in regime ambulatoriale/studio/presidio/servizio odontoiatrico autorizzato per l'odontoiatria e la protesi dentaria, seppur eseguiti da medico chirurgo specializzato in chirurgia oro-maxillo-facciale, si può far riferimento ai codici previsti dal Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria (guida verde) in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
615	Biopsia delle ghiandole salivari (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	450,00
616	Artrocentesi temporo mandibolare con o senza introduzione di medicamento, massimo 3 sedute l'anno indipendentemente se mono o bilaterale	400,00
617	Asportazione di neoformazioni solide e/o cistiche benigne superficiali o profonde della lingua o del cavo orale	450,00
618	Biopsia o asportazione di tumori superficiali non cutanei (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	300,00
619	Calcolo salivare, asportazione di	650,00
620	Cateterismo del dotto salivare (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	400,00
621	Cisti del mascellare, operazione per	1.800,00
622	Cisti e fistole delle ghiandole salivari, incisione e/o drenaggio	500,00
623	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	3.100,00
624	Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	4.300,00
625	Corpi estranei profondi di tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	1.200,00
626	Corpi estranei superficiali dei tessuti molli della cavità orale e/o della faccia, asportazione di	350,00
627	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.600,00
628	Disfunzione temporo-mandibolare, terapia chirurgica per	6.000,00
629	Esiti labiali di labiopalatoschisi	5.000,00
630	Esiti nasali di labiopalatoschisi	5.500,00
631	Exenteratio orbitae	3.000,00
632	Fistola del dotto di Stenone, intervento per	2.200,00
633	Fistola oro-nasale e/o mascellare	2.900,00
634	Frattura zigomo, orbita, terapia chirurgica per	6.000,00
635	Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	4.500,00
636	Fratture del seno frontale, terapia chirurgica di	4.500,00
637	Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle (compresa l'eventuale fissazione con ferule)	5.000,00
638	Fratture mandibolari, riduzione con ferule	2.400,00
639	Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	550,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
640	Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	2.500,00
641	Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfadenectomia	4.000,00
642	Intervento di ampliamento orizzontale e/o verticale della cresta alveolare di mandibola o mascellare superiore con prelievo di osso autologo extraorale ed innesto, compreso eventuale inserimento di qualsiasi materiale di innesto, compresa eventuale altra equipe chirurgica. Trattamento completo in struttura sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno, eseguito da specialista in chirurgia maxillo-facciale - per emiarcata.	2.700,00
643	Intervento di piccolo o grande rialzo del seno mascellare (trattamento completo) con prelievo di osso autologo extraorale ed innesto, compreso eventuale inserimento di qualsiasi materiale da innesto; compresa eventuale altra equipe chirurgica. Trattamento completo in struttura sanitaria autorizzata per day surgery o ricovero notturno, eseguito da specialista in chirurgia maxillo-facciale - per emiarcata.	3.500,00
644	Labioalveoloschisi monolaterale	3.400,00
645	Labioalveoloschisi bilaterale	5.250,00
646	Linfoangioma cistico del collo, asportazione per	4.700,00
647	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	9.000,00
648	Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	4.500,00
650	Lingua, amputazione parziale per tumori benigni, angiomi, macroglossia	2.500,00
651	Lussazione mandibolare, riduzione manuale di	100,00
652	Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	3.750,00
653	Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)	7.000,00
654	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale	5.250,00
655	Mandibola, resezione parziale per neoplasia della, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale	6.500,00
656	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale monolaterale, resezione del	5.250,00
657	Mascellare superiore per neoplasie, compreso eventuale svuotamento latero-cervicale radicale o funzionale bilaterale, resezione del	6.500,00
658	Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	3.600,00
659	Neoformazioni endosseie di grandi dimensioni, exeresi di	3.500,00
660	Neoformazioni endosseie di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare), exeresi di	1.000,00
661	Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	4.700,00
662	Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	3.500,00
663	Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	1.800,00
664	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale	1.600,00
665	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale	2.000,00
666	Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	850,00
667	Palatoschisi anteriori, posteriori del palato molle	5.250,00
668	Palatoschisi totale	3.500,00
669	Paralisi dinamica o statica del nervo facciale, plastica per	3.000,00
670	Parotidectomia parziale con eventuale risparmio del nervo facciale	6.000,00
671	Parotidectomia totale o sub-totale	6.200,00
672	Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari con prelievo di osso extraorale	3.700,00
673	Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	3.500,00
674	Ricostruzioni con lembi mucosi	2.800,00
675	Ricostruzioni con lembi muscolari	3.000,00
676	Ricostruzioni con lembi osteomuscolari	4.600,00
677	Ricostruzioni con lembi rivascularizzati	4.800,00
678	Rimozione mezzi di sintesi mandibolari	450,00
679	Scialectomia (come fase di intervento principale)	300,00
680	Scialectomia (come unico intervento)	2.500,00
681	Seno mascellare, apertura per processo alveolare (trattamento completo) o rimozione dei mezzi di sintesi mascellari	700,00



## Chirurgia pediatrica (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Per voci mancanti in Chirurgia pediatrica: vedi anche le altre branche chirurgiche.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
682	Asportazione tumore di Wilms	6.000,00
683	Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale	4.500,00
684	Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale	6.300,00
685	Atresia dell'ano: operazione perineale	3.400,00
686	Atresie vie biliari, esplorazioni	3.000,00
687	Cefaloematoma, aspirazione di	300,00
688	Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene), intervento per	5.200,00
689	Cranio bifido con meningocele	5.200,00
690	Cranio bifido con meningoencefalocele	5.600,00
691	Craniostenosi	2.000,00
692	Dilatazione per stenosi congenita dell'ano	150,00
693	Ernia diaframmatica di Bochdalek	3.900,00
694	Ernia diaframmatica di Morgagni	3.400,00
695	Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'	6.300,00
696	Esonfalo o gastroschisi	2.600,00
697	Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	5.200,00
698	Granuloma ombelicale, cauterizzazione	450,00
699	Neuroblastoma addominale	5.800,00
700	Neuroblastoma endotoracico	5.200,00
701	Neuroblastoma pelvico	4.800,00
702	Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	4.500,00
703	Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale	4.100,00
704	Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale	2.600,00
705	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	2.000,00
706	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	6.000,00
707	Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	5.200,00
708	Piloro, stenosi congenita del	2.600,00
709	Plastica dell'ano per stenosi congenita	3.250,00
710	Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	3.700,00
711	Preparazione di vena per fleboclisi e trasfusione	330,00
712	Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	1.000,00
713	Retto, prolasso con operazione addominale del	4.700,00
714	Spina bifida: meningocele	6.300,00
715	Spina bifida: mielomeningocele	6.900,00
716	Teratoma sacrococcigeo	4.800,00

## Chirurgia plastica ricostruttiva (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Non sono rimborsabili gli interventi eseguiti per finalità estetiche e/o a queste riconducibili e/o conseguenti a precedenti interventi per finalità estetica pur se le voci risultano esposte nella presente sezione.

S'intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi s'intendono le

neoformazioni sottofasciali. In caso di interventi ambulatoriali per l'asportazione di tumori maligni, indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata, per il riconoscimento del rimborso previsto, è vincolante la presentazione anche del referto dell'esame istologico. Per quanto riferito alle asportazioni chirurgiche o ai trattamenti LASER o FELC di cheloidi o cicatrici, è vincolante, ai fini del rimborso, la presentazione del referto di Pronto Soccorso, se conseguenti a eventi traumatici pregressi, o di verbale di sala operatoria, se conseguenti ad atti chirurgici che comportino una limitazione funzionale. Il Fasi, in ogni caso, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento anche per eventuali asportazioni di neoformazioni benigne, pertanto, come riportato nelle Avvertenze e nelle premesse della presente Sezione, si invita a provvedere anticipatamente all'esecuzione delle stesse.

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, indipendentemente dalla localizzazione, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi (non sono previste deroghe).

Le tariffe s'intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (qualsiasi strumentazione/apparecchiatura).

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per le voci mancanti in Chirurgia plastica ricostruttiva vedi anche in Chirurgia dermatologica (per le quali valgono le medesime precisazioni).

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
717	Allestimento di lembo peduncolato	1.000,00
718	Emangiomi infantili del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento chirurgico per	500,00
719	Emangiomi infantili del viso di grandi dimensioni (da cm. 4 in poi), intervento chirurgico per	900,00
720	Emangiomi infantili di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm. 7), intervento chirurgico per	500,00
721	Emangiomi infantili di tronco e arti di grandi dimensioni (da cm. 7 in poi), intervento chirurgico per	800,00
722	Aplasia della vagina, ricostruzione per	5.000,00
723	Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione chirurgica di - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	280,00
724	Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione chirurgica di - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	680,00
725	Cicatrici del tronco o degli arti di piccole dimensioni, correzione chirurgica di - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	450,00
726	Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione chirurgica di - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	710,00
727	Cicatrici del viso di piccole dimensioni, correzione chirurgica di - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	490,00
728	Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione chirurgica di - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	850,00
729	Espansione tissutale di esiti cicatriziali post-chirurgia demolitiva per introduzione di protesi mammaria (trattamento completo)	3.500,00
730	Ginecomastia monolaterale	1.700,00
731	Ginecomastia bilaterale	2.500,00
732	Iniezione intracheloidea di farmaci (unicamente cortisone, antibiotici, antinfiammatori)	60,00
733	Innesti compositi	1.000,00
734	Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	1.100,00
735	Innesto di fascia lata o di muscolo	1.100,00
736	Innesto di nervo o di tendine	3.100,00
737	Innesto osseo o cartilagineo	2.200,00
738	Intervento di push-back e faringoplastica	1.400,00
739	Malformazioni delle labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	1.700,00
740	Malformazione dell'areola e del capezzolo, intervento per o ricostruzione del capezzolo dopo chirurgia oncologica	1.600,00
741	Malformazione semplice delle mani o dei piedi (sindattilia, polidattilia)	1.500,00
742	Malformazioni complesse delle mani o dei piedi (trattamento completo)	2.600,00
743	Modellamento di lembo in situ	900,00
744	Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	1.200,00
745	Plastica V/Y, Y/V (salvo I casi descritti)	1.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
746	Plastica a Z del volto	800,00
747	Plastica a Z in altra sede (salvo I casi descritti)	600,00
748	Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	1.150,00
749	Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	1.700,00
750	Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.000,00
751	Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea o quadrantectomia con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	3.800,00
752	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale con introduzione di protesi, compreso eventuale lembo muscolare	4.500,00
753	Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria impiantata in precedente intervento chirurgico di mastectomia o quadrantectomia (come unico intervento)	3.800,00
754	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	650,00
755	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.500,00
756	Riparazione di P.S.C. con lembo fasciocutaneo	2.500,00
757	Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	3.700,00
758	Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale (qualsiasi parte anatomica)	2.000,00
759	Stati intersessuali, chirurgia degli	1.700,00
760	Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale)	60,00
761	Toilette di ustioni di grandi estensioni (prestazione ambulatoriale)	190,00
762	Trattamento LASER di emangiomi infantili (trattamento completo)	250,00
763	Trattamento LASER o FELC di cheloidi e cicatrici - a seduta (massimo 5 sedute l'anno) indipendentemente dal numero di lesioni trattate - obbligo di presentazione della foto pre e post trattamento	70,00
765	Trasferimento di lembo libero microvascolare	4.800,00
766	Trasferimento di lembo peduncolato	1.000,00
767	Tumore superficiale maligno cutaneo di tronco/arti, intervento chirurgico per	350,00
768	Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti o lipomi tronco/arti, verruche, intervento chirurgico per	165,00
769	Tumore profondo maligno cutaneo della testa, intervento chirurgico per	800,00
770	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/arti, intervento chirurgico per	500,00
771	Tumore superficiale maligno cutaneo della testa, intervento chirurgico per	400,00
772	Tumore superficiale o cisti benigna della testa, intervento chirurgico per	240,00

## Chirurgia toraco - polmonare (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
773	Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	350,00
774	Agobiopsia polmonare tac-guidata (per esame vedi T.A.C.)	300,00
775	Ascessi, interventi per	2.400,00
776	Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)	13.500,00
777	Biopsia del mediastino sotto guida ecoendoscopica (compresa apparecchiatura/strumentazione)	850,00
778	Biopsia laterocervicale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	430,00
779	Biopsia polmonare	650,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
780	Biopsia sopraclaveare (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	540,00
781	Broncoinstillazione endoscopica	500,00
782	Cisti (echinococco od altre di qualsiasi natura), asportazione di	3.750,00
783	Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	8.000,00
784	Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	2.500,00
785	Drenaggio pleurico per qualsiasi versamento compresa toracentesi	2.000,00
786	Drenaggio pleurico per pneumotorace traumatico	2.000,00
787	Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	1.000,00
788	Enfisema bolloso, intervento per (qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione)	3.700,00
789	Fenestrazione pericardica	3.300,00
790	Ernie diaframmatiche traumatiche	5.350,00
791	Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	4.500,00
792	Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	1.900,00
793	Ferite con lesioni viscerali del torace	4.500,00
794	Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	7.000,00
795	Fistole esofago-bronchiali e/o esofago-tracheali, interventi di	6.200,00
796	Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	2.600,00
797	Fratture costali o sternali, trattamento conservativo	480,00
798	Instillazione medicamentosa endopleurica isolata	95,00
799	Lavaggio bronco alveolare endoscopico (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	400,00
800	Lavaggio pleurico (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	200,00
801	Legatura del dotto toracico	4.000,00
802	Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	3.570,00
803	Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	5.900,00
804	Mediastinoscopia diagnostica	1.750,00
805	Mediastinoscopia operativa	5.000,00
806	Neoformazioni benigne costali localizzate	1.100,00
807	Neoformazioni benigne del diaframma	3.000,00
808	Neoformazioni benigne della trachea	2.000,00
809	Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	7.500,00
810	Neoplasie maligne del diaframma (come fase di intervento principale)	2.400,00
811	Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	9.000,00
812	Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	9.000,00
813	Pleurectomie (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	9.500,00
814	Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfoadenectomia e/o biopsia)	13.500,00
815	Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o piu' coste), intervento di	3.000,00
816	Pneumectomia, intervento di (compresa linfoadenectomia e/o biopsia)	10.000,00
817	Pneumectomia con resezione di trachea e anastomosi tracheo-bronchiale	15.000,00
818	Puntato sternale o midollare (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	150,00
819	Puntura esplorativa del polmone	370,00
820	Relaxatio diaframmatica	4.000,00
821	Resezione bronchiale con reimpianto	8.300,00
822	Resezione di costa sopranumeraria	3.000,00
823	Resezione segmentaria o lobectomia (comprese eventuali linfoadenectomie)	10.000,00
824	Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfoadenectomie)	10.000,00
825	Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfoadenectomie)	10.000,00
826	Re-toracotomia per emostasi	3.570,00
827	Sarcoma toracico, comprese eventuali linfoadenectomie e biopsie (trattamento completo)	8.000,00
828	Sarcoma toracico, senza linfoadenectomie associate (trattamento completo)	6.500,00
829	Sindromi stretto toracico superiore	3.570,00
830	Talcaggio pleurico, qualsiasi metodica	3.000,00
831	Timectomia	10.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
832	Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	7.750,00
833	Toracentesi (con o senza somministrazione endocavitaria di farmaci) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	350,00
834	Toracoplastica, primo tempo	5.400,00
835	Toracoplastica, secondo tempo	3.800,00
836	Toracosopia diagnostica (come unico intervento)	3.000,00
837	Toracosopia operativa comprese eventuali biopsie e pleurodesi	4.000,00
838	Toracotomia esplorativa comprese biopsie (come unico intervento)	2.900,00
839	Tracheo-broncoscopia diagnostica con eventuale autofluorescenza (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	740,00
840	Tracheo-broncoscopia operativa	1.500,00
841	Trapianto di polmone (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00

### Chirurgia vascolare (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica, strumentazione/apparecchiatura.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
842	Aneurismi aorta addominale o aorta toracica più dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)	10.000,00
843	Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o innesto protesico (a cielo aperto)	7.000,00
844	Aneurismi arterie viscerali, embolizzazione	3.000,00
845	Aneurismi, resezione e innesto protesico: arterie iliache, femorali, poplitee, omerali, ascellari, glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici (a cielo aperto)	7.000,00
846	Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	3.400,00
847	Applicazione di stent, qualsiasi distretto anatomico, salvo i casi descritti ove è già compresa nella tariffa esposta	500,00
848	Seconda applicazione di stent sulla stessa arteria	210,00
849	Bypass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio	5.300,00
850	Bypass aorto-iliaco o aorto-femorale	5.500,00
851	Bypass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	6.500,00
852	Bypass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	5.000,00
853	Bypass (autologo o eterologo) veno-venoso arti inferiori per ostruzioni venose croniche profonde	4.200,00
854	Elefantiasi degli arti (anastomosi linfatico - venose)	4.500,00
855	Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde, salvo i casi descritti	4.000,00
856	Fasciotomia decompressiva	1.200,00
857	Glomo carotideo, asportazione chirurgica	3.500,00
858	Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	500,00
859	Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca-carotide-vertebrale-succlavia-anonima	4.800,00
860	Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omerale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea	2.300,00
861	Legatura e/o sutura di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroidea-mascellare-temporale-facciale-radiale-cubitali-arcate palmari/pedie - inguinali-perineali	1.150,00
862	Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	4.500,00
863	Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	5.000,00
864	Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti bilaterale (come unico intervento)	2.700,00
865	Correzioni emodinamiche (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, anche met. CHIVA, anche fotocoagulazione laser) bilaterale (come unico intervento)	2.700,00
866	Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti monolaterale (come unico intervento)	1.800,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
867	Correzioni emodinamiche (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, anche met. CHIVA, anche fotocoagulazione laser) monolaterale (come unico intervento)	1.800,00
868	Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	3.500,00
869	Sostituzione venosa con protesi omologa o eterologa di vena profonda arto inferiore	2.400,00
870	Standby cardiocirurgico (presenza intera equipe), salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	1.000,00
871	Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale	8.500,00
872	Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi dissecanti dell'aorta toracica	9.600,00
873	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	3.200,00
874	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	4.000,00
875	Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	700,00
876	Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	4.800,00
877	Tromboendoarteriectomia e bypass e/o embolectomia di tronchi sovraortici	6.500,00
878	Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici	6.500,00
879	Tromboendoarteriectomia con patch arteria femorale	5.000,00
880	Tromboendoarteriectomia e innesto protesico e/o embolectomia di tronchi sovraortici (qualsiasi tecnica)	6.200,00
881	Valvuloplastica della cross safeno-femorale con o senza patch compreso doppler intraoperatorio	1.000,00
882	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori monolaterale	3.000,00
883	Valvuloplastica per insufficienza venosa cronica profonda arti inferiori bilaterale	4.500,00
884	Varicectomia (come unico intervento)	600,00
885	Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	900,00
886	Varici recidive	1.800,00

### Gastroenterologia (Chirurgia Gastroenterologica ed Endoscopica - Endoscopia diagnostica) (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni/interventi sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Anoscopia e proctoscopia sono comprese nella visita.

Per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico.

Si precisa che sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Le procedure di Esofagogastroduodenoscopia (diagnostica ed operativa) e Pancolonscopia (diagnostica ed operativa) sono riconosciute esclusivamente nella modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le voci/codici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore - Tariffario. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore - Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
888	Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	900,00
889	Cisto-gastrostomia o cisto-duodenostomia endoscopica	2.600,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
890	Dilatazione graduale del colon (trattamento completo)	1.100,00
891	Dilatazione graduale del retto (per seduta)	50,00
892	Digiunoileoscopia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	400,00
893	Dilatazione graduale dell'ano (per seduta)	100,00
894	Ecoendoscopia esofagogastroduodenale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	650,00
895	Ecoendoscopia del retto (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	550,00
896	Ecoendoscopia bilio-pancreatica (comprese eventuali biopsie) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
897	Emostasi endoscopica di lesioni non varicose esofagogastriche	700,00
898	Emostasi e/o sclerosi endoscopica di lesione varicose esofagogastriche (qualsiasi tecnica, qualsiasi apparecchiature/strumentazioni)	800,00
899	Enteroscopia con videocapsula (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	700,00
900	Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio di sonda di dilatazione (prima seduta) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	190,00
901	Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio sonda di dilatazione (sedute successive) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
904	Idrocolonterapia a seduta (massimo 4 sedute all'anno)	70,00
905	Manometria ano-rettale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	160,00
906	Manometria colon (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	200,00
907	Manometria esofagea o gastroesofagea (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	200,00
908	Manometria gastrica (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
909	Mucosectomie endoscopiche per neoplasie e lesioni precancerose (comprese biopsie)	500,00
912	PH manometria ambulatoriale con registrazione 24 ore (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	170,00
913	PHmetria esofagea (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	175,00
914	Posizionamento di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	1.300,00
915	Rettoscopia diagnostica con strumento rigido (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	110,00
916	Rettosigmoidoscopia operativa (comprese polipectomie) o fotocoagulazione con laser	700,00
917	Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	240,00
918	Rimozione e/o sostituzione di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	850,00
919	Sondaggio duodenale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	50,00
920	Sondaggio gastrico (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	40,00
921	Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	105,00
922	Trattamento endoscopico per reflusso gastroesofageo	2.800,00
923	Varici esofagee o esofago gastriche, legatura endoscopica	500,00
924	Varici gastriche (emostasi endoscopica)	2.000,00
46533	Esofagogastroduodenoscopia diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido h. pylori (prestazioni eseguibili ambulatorialmente - procedura concomitante ad altra principale)	100,00
46534	Esofagogastroduodenoscopia operativa (procedura concomitante ad altra principale) per: polipectomie, introduzione di protesi, rimozione di corpi estranei, argon laser, etc.	310,00
46535	Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie) ed eventuale ileoscopia (prestazioni eseguibili ambulatorialmente - procedura concomitante ad altra principale)	150,00
46536	Pancolonscopia operativa comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose (procedura concomitante ad altra principale)	390,00

## Ginecologia (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Tutti gli interventi chirurgici sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che

hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
925	Adesiolisi (come unico intervento)	4.000,00
926	Adesiolisi (come fase di intervento principale)	1.000,00
927	Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	400,00
928	Annessi monolaterali, interventi conservativi sugli	3.800,00
929	Annessi bilaterali, interventi conservativi sugli	4.400,00
930	Annessi monolaterali, interventi demolitivi sugli	3.800,00
931	Annessi bilaterali, interventi demolitivi sugli	4.000,00
932	Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	650,00
933	Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali (compresa ghiandola del Bartolini), trattamento chirurgico per	2.000,00
934	Ascesso pelvico, trattamento chirurgico per	2.000,00
935	Biopsia della portio, endometrio (come unico intervento) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	130,00
936	Biopsia della vulva, vagina (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	120,00
937	Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	3.600,00
938	Cisti vaginale, asportazione di	1.000,00
939	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali (come unico intervento)	1.100,00
940	Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	1.800,00
941	Colposcopia compresa vulvosocopia (esame completo) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	50,00
942	Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	1.100,00
943	Condilomi acuminati perineali-anali e/o vaginali, intervento chirurgico per (qualsiasi tecnica, trattamento completo)	650,00
944	Conizzazione e tracheloplastica	1.650,00
945	Debulking con resezione blocco della pelvi, resezione anteriore del retto, peritonectomia per K ovarico	9.500,00
946	Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	150,00
947	Eviscerazione pelvica	6.500,00
948	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	3.000,00
949	Fistole uretrovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.800,00
950	Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per	3.500,00
951	Imenotomia-imenectomia (come unico intervento)	300,00
952	Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale	3.500,00
953	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia pelvica e/o lombo-aortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	7.500,00
954	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	5.000,00
955	Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	4.300,00
956	Isteropessi	2.250,00
957	Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	230,00
958	Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	1.800,00
959	Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	380,00
960	Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	1.500,00
961	Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie (come unico intervento)	2.300,00
962	Laparoscopia operativa con ablazione di cisti endometriosiche o altro, laservaporizzazione focolai endometriosici, lisi, sinechie etc.	3.300,00
963	Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo aortica pelvica selettiva e bioptica (come unico intervento)	6.000,00
964	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	2.500,00
965	Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	3.000,00
966	Laparotomia per second-look citoriduzione carcinoma invasivo più resezione anteriore del retto, peritonectomia	7.000,00
967	Laserterapia vaginale o vulvare o della portio - a seduta (massimo 3 sedute l'anno)	220,00
968	LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) compresa colposcopia	450,00
969	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)	4.800,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
970	Metroplastica (come unico intervento)	3.800,00
971	Miomectomie con o senza ricostruzione plastica dell'utero (come unico intervento)	3.500,00
972	Neoformazioni della vulva, asportazione	760,00
973	Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	1.700,00
974	Plastica vaginale anteriore e posteriore, intervento di (come unico intervento)	3.200,00
975	Plastica vaginale anteriore, intervento di (come unico intervento)	1.700,00
976	Plastica vaginale posteriore, intervento di (come unico intervento)	2.000,00
977	Polipi cervicali, asportazione di	250,00
978	Polipi orifizio uretrale esterno	250,00
979	Posizionamento di sospensione uretrale (TVT), trattamento dell'incontinenza urinaria	1.600,00
980	Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	4.000,00
981	Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	1.700,00
982	Puntura esplorativa del cavo del Douglas (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	210,00
983	Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
984	Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	2.800,00
985	Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	3.100,00
986	Salpingectomia monolaterale	3.200,00
987	Salpingectomia bilaterale	3.500,00
988	Salpingoplastica	3.100,00
989	Setto vaginale, asportazione chirurgica	900,00
990	Tracheloplastica (come unico intervento)	1.300,00
991	Trattamento chirurgico conservativo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	3.500,00
992	Trattamento chirurgico conservativo per gravidanza extrauterina	2.600,00
993	Trattamento chirurgico conservativo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	3.300,00
994	Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.700,00
995	Trattamento chirurgico demolitivo per gravidanza extrauterina	3.000,00
996	Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale di localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	2.000,00
997	Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	5.400,00
998	Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	4.800,00
999	V.A.B.R.A. a scopo diagnostico (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	110,00
1000	Vulvectomy parziale	2.000,00
1001	Vulvectomy parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	3.300,00
1002	Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	6.800,00
1003	Vulvectomy semplice (locale o cutanea), intervento di	3.300,00
1004	Vulvectomy totale	3.500,00

## Neurochirurgia (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Tutti gli interventi chirurgici sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento).

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della

## Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1005	Anastomosi spino-facciale e simili	4.000,00
1006	Anastomosi vasi intra-extra cranici	8.000,00
1007	Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	9.000,00
1008	Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	6.500,00
1009	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	9.500,00
1010	Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	6.200,00
1011	Biopsia/agobiopsia cerebrale stereotassica	8.000,00
1012	Biopsia vertebrale a cielo aperto	1.200,00
1013	Carotide endocranica, legatura della	4.700,00
1014	Catetere epidurale e/o durale, impianto di	900,00
1015	Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni per via anteriore o posteriore	6.000,00
1016	Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	5.200,00
1017	Corpo estraneo intracranico, asportazione di	5.600,00
1018	Cranioplastica - compresa eventuale rimozione dei mezzi di sintesi	6.000,00
1019	Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo (comprese biopsie)	8.500,00
1020	Craniotomia per ematoma extradurale	8.000,00
1021	Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	10.000,00
1022	Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	12.500,00
1023	Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	6.000,00
1024	Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento di revisione per	2.000,00
1025	Ematoma subdurale cronico monolaterale, intervento per	4.500,00
1026	Ematoma subdurale cronico bilaterale, intervento per	7.500,00
1027	Encefalomeningocele, intervento per	5.700,00
1028	Epilessia focale, intervento per	5.800,00
1029	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	5.500,00
1030	Ernia del disco dorsale o lombare, intervento per recidiva (di livello e lateralità) compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	5.800,00
1031	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica, compresa uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (trattamento completo) (come unico intervento)	13.500,00
1032	Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie compresa uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti	7.000,00
1033	Ernia del disco con artrodesi intersomatica, anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	7.750,00
1034	Fistola liquorale	4.200,00
1035	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	2.800,00
1036	Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	4.100,00
1037	Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	5.400,00
1038	Gangliectomia lombare e splancnicectomia	2.800,00
1039	Impianto di neuromodulatore sacrale per incontinenza fecale	2.700,00
1040	Impianto di stimolatore midollare	2.000,00
1041	Infiltrazioni peridurali per ozono-terapia per ernie discali (a seduta). Max 5 sedute/anno	100,00
1042	Ipfosis, intervento per adenoma per via transfenoidale	9.000,00
1043	Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali (come unico intervento)	5.000,00
1044	Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	10.000,00
1045	Laminectomia per tumori intramidollari	11.000,00
1046	Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi sacculari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)	12.000,00
1047	Malformazione aneurismatica o angiomatosa con compressione radicolare e/o midollare	7.500,00
1048	Mielomeningocele, intervento per	5.400,00
1049	Microdissectomia lombare compresa laminectomia (come unico intervento)	2.100,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1050	Neoplasie endocraniche, asportazione di	12.000,00
1051	Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	8.000,00
1052	Neurolisi (come fase di intervento principale)	600,00
1053	Neurolisi (come unico intervento)	1.800,00
1054	Neurorrafia primaria (come unico intervento)	1.400,00
1055	Neurotomia semplice (come unico intervento)	1.400,00
1056	Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	5.400,00
1057	Plesso brachiale, intervento sul	4.100,00
1058	Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	450,00
1059	Rachicentesi per qualsiasi indicazione (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	250,00
1060	Registrazione continua della pressione intracranica (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	560,00
1061	Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	6.000,00
1062	Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica	4.300,00
1063	Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica	6.500,00
1064	Simpatico cervicale: enervazione od asportazione del seno carotideo, intervento sul	3.800,00
1065	Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	3.800,00
1066	Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	3.800,00
1067	Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	3.800,00
1068	Simpatico dorsale: intervento associato sul Simpatico toracico e sui nervi splancnici	3.800,00
1069	Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	2.700,00
1070	Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	3.240,00
1071	Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	2.200,00
1072	Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	3.300,00
1073	Simpatico lombare: Simpatico pelvico, intervento sul	3.300,00
1074	Simpatico lombare: splancnicectomia, intervento sul	3.300,00
1075	Sostituzione o rimozione di stimolatore midollare	1.100,00
1076	Stabilizzazione intersomatica per trattamento di ernia discale con protesi dinamica-compressibile (tipo DIAM, COFLEX, etc.) comprese eventuali laminectomie e stenosi lombare - a tratto (come unico intervento)	5.000,00
1077	Stabilizzazione intersomatica per trattamento di ernia discale con protesi statica (tipo x-Stop) comprese eventuali laminectomie e stenosi lombare - a tratto (come unico intervento)	4.500,00
1078	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	5.400,00
1079	Stenosi vertebrale lombare più livelli compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotonomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	6.000,00
1080	Stereotassi, intervento di	8.500,00
1081	Stimolatore cerebrale per morbo di Parkinson e disordini del movimento, intervento per impianto	11.000,00
1082	Stimolatore cerebrale per morbo di Parkinson e disordini del movimento, intervento per sostituzione	3.500,00
1083	Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	1.750,00
1084	Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari	7.500,00
1085	Termorizotomia del trigemino o altri nervi cranici	3.000,00
1086	Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	3.500,00
1087	Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	3.200,00
1088	Trattamento chirurgico delle ernie discali per via endoscopica e/o percutanea, qualsiasi tecnica - qualsiasi apparecchiatura/strumentazione (ozono, i.d.e.t, chemonucleolisi, laserdissectomia etc.)	1.500,00
1089	Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per	6.000,00
1090	Traumi vertebro-midollari via posteriore, intervento per	4.500,00
1091	Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	6.000,00
1092	Tumori dei nervi periferici, asportazione di (escluse lesioni nervose traumatiche e non della mano e del piede)	5.200,00
1093	Tumori della base cranica, intervento per via transorale	13.000,00
1094	Tumori della volta cranica (trattamento completo)	5.000,00
1095	Tumori orbitari, intervento per	5.500,00
1096	Ventricolostomia endoscopica	6.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3196	Ernia del disco, asportazione ed impianto di dispositivo soft protesis discogel, compresa eventuale, uncoforaminotomia, vertebrotonia e rimozione degli osteofiti (trattamento completo) (come unico intervento)	2.800,00

## Oculistica (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura, escluso laser (non rimborsabile dal Fasi).

Gli interventi eseguiti con laser riconosciuti come rimborsabili sono unicamente descritti nel paragrafo "Trattamenti laser" e/o nella Sezione "pacchetti chirurgici - oculistica".

Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea, eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, oltre quanto esplicitamente previsto nella Sezione "pacchetti chirurgici - oculistica" e/o quanto previsto dal Nomenclatore - Tariffario in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Il Fondo, qualora ravvisasse la necessità di ulteriori approfondimenti nell'ambito dei previsti e consueti controlli, si riserva la facoltà di chiedere documentazione aggiuntiva pur se non esplicitamente esposta. Si invita, pertanto, a provvedere anticipatamente all'esecuzione di fotografie pre e post intervento nel caso in cui si eseguano piccoli interventi.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore - Tariffario.

### Orbita

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1097	Biopsia orbitaria (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	500,00
1098	Cavità orbitaria, plastica per (come unico intervento)	2.000,00
1099	Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	1.500,00
1100	Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	1.100,00
1101	Exenteratio orbitae	3.000,00
1102	Iniezione endorbitale esclusa iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida (vedi retina)	130,00
1103	Operazione di Kronlein od orbitotomia	3.500,00
1104	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore monolaterale	1.600,00
1105	Orbita, intervento di decompressione per via inferiore bilaterale	2.000,00

### Sopracciglio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1106	Cisti, asportazione di	200,00
1107	Corpi estranei, asportazione di	45,00
1108	Plastica per innesto	840,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1109	Plastica per scorrimento	750,00
1110	Sutura ferite	180,00

### Palpebre

#### Premesse specifiche di branca:

Per accedere ai rimborsi previsti per le sotto indicate prestazioni, è vincolante la presentazione della documentazione fotografica pre e post operatoria, quale parte integrante alla certificazione medica.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1111	Ascesso palpebre, incisione di	90,00
1112	Calazio	250,00
1113	Cantoplastica	800,00
1114	Entropion-ectropion	800,00
1115	Epicanto-coloboma	1.000,00
1116	Piccoli tumori o cisti, asportazione di	280,00
1117	Riapertura di anchiloblefaron	150,00
1118	Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	180,00
1119	Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	350,00
1120	Tarsorrafia (come unico intervento)	500,00
1121	Tumori, asportazione con plastica per innesto	1.300,00
1122	Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	1.100,00
1123	Xantelasma semplice, asportazione di	320,00
1124	Xantelasma, asportazione con plastica per scorrimento	550,00

### Vie lacrimali

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1125	Chiusura del puntino lacrimale	130,00
1126	Chiusura puntino lacrimale con protesi	240,00
1127	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.400,00
1128	Endoscopia lacrimale operativa con fibre ottiche	700,00
1129	Fistola, asportazione	400,00
1130	Flemmone, incisione di (come unico intervento)	150,00
1131	Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	250,00
1132	Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	600,00
1133	Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	50,00
1134	Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta) (massimo 1 volta l'anno)	30,00
1135	Stricturotomia (come unico intervento)	110,00
1136	Vie lacrimali, ricostruzione	1.500,00

### Congiuntiva

#### Premesse specifiche di branca:

Per accedere ai rimborsi previsti per le sotto indicate prestazioni, è vincolante la presentazione della documentazione fotografica pre e post operatoria, quale parte integrante alla certificazione medica.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1137	Corpi estranei, asportazione di	60,00
1138	Iniezione sottocongiuntivale	80,00
1139	Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	1.200,00
1140	Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	1.000,00
1141	Piccole cisti, sutura con innesto placentare	450,00
1142	Plastica congiuntivale per innesto	800,00
1143	Plastica congiuntivale per scorrimento	500,00
1144	Pterigio o pinguecola	300,00
1145	Sutura di ferita congiuntivale	250,00

### Cornea

#### Premesse specifiche di branca:

Sono comprese nelle relative prestazioni l'eventuale conta delle cellule endoteliali.

Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o interventi chirurgici finalizzati ai trattamenti per la miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, correzione della cornea, eseguiti con qualsiasi metodica ed apparecchiatura, oltre quanto esplicitamente previsto nella Sezione "pacchetti chirurgici - oculistica" e/o quanto previsto dal Nomenclatore - Tariffario in vigore all'atto della fatturazione a saldo.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore - Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1146	Cheratoplastica a tutto spessore	2.800,00
1147	Cheratoplastica lamellare	2.400,00
1148	Cornea (approvvigionamento per cheratoplastica) eventuale spesa	60%
1149	Corpi estranei dalla cornea, estrazione di	120,00
1150	Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	1.300,00
1151	Crioapplicazioni corneali	80,00
1152	Epicheratoplastica	2.000,00
1153	Impianto di anelli intrastromali nel cheratocono	1.700,00
1154	Innesto/apposizione di membrana amniotica	1.300,00
1155	Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	80,00
1156	Odontocheratoprotesi	2.800,00
1157	Paracentesi della camera anteriore (come unico intervento) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	250,00
1158	Sutura corneale (come unico intervento)	450,00
1159	Tatuaggio corneale	550,00
1160	Trapianto corneale a tutto spessore	2.800,00
1161	Trapianto corneale lamellare	2.400,00
1162	Trapianto di cellule staminali limbari	1.700,00
1163	Trapianto di cellule staminali limbari combinata con apposizione di membrana amniotica	2.000,00
1164	Uva-cross-linking corneale per cheratocono (compresa applicazione di lente a contatto terapeutica ed esame OPD) (trattamento completo)	700,00

### Cristallino

#### Premesse specifiche di branca:

Gli interventi s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura-strumentazione, salvo i casi descritti.

Le tariffe sono comprese dell'eventuale conta delle cellule endoteliali.

L'intervento di cataratta concomitante può essere associato al codice del Pacchetto Cataratta solo ed esclusivamente se eseguito contemporaneamente al Pacchetto stesso (in tal caso la valorizzazione ai fini del rimborso sarà pari al valore del Pacchetto a cui saranno sommati unicamente l'intervento di cataratta concomitante e la protesi del cristallino relativa alla cataratta concomitante. Non ci sono altre possibilità).

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1165	Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	800,00
1170	Cataratta secondaria, discissione di	400,00
3248	Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica) (intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al Pacchetto Cataratta)	600,00
1172	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	800,00
1173	Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	1.100,00
1174	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	600,00
1175	Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	1.200,00
1176	Cristallino lussato, estrazione di	1.000,00
1177	Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	1.200,00
1178	Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.250,00
3198	Riposizionamento o sostituzione di lente intraoculare dislocata	780,00

### *Sclera*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1179	Sclerectomia	1.500,00
1180	Sclerotomia (come unico intervento)	600,00
1181	Sutura sclerale	700,00

### *Operazione per glaucoma*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1182	Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	520,00
1183	Ciclodialisi	1.300,00
1184	Ciclodiatomia perforante	620,00
1185	Crioapplicazione antiglaucomatosa, come unico intervento	160,00
1186	Goniotomia	1.500,00
1187	Iridocicloretrazione (come unico intervento)	2.350,00
1188	Microchirurgia dell'angolo camerulare (come unico intervento)	1.800,00
1189	Operazione fistolizzante (come unico intervento)	1.800,00
1190	Sclerectomia profonda con o senza impianti (come unico intervento)	1.500,00
1191	Trabeculectomia (come unico intervento)	1.400,00
1192	Trabeculectomia + asportazione cataratta, intervento combinato	1.500,00
1193	Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale, intervento combinato	2.300,00
1194	Trabeculotomia (come unico intervento)	800,00
1195	Valvola tipo AHMED, drenaggio	50,00
1196	Valvola tipo AHMED, impianto di (compresa chiusura di fistola)	900,00
1197	Viscocanolostomia (come unico intervento)	1.400,00
1198	Viscocanolostomia + asportazione di cataratta, intervento combinato	1.800,00
1199	Viscocanolostomia + asportazione di cataratta + impianto di cristallino artificiale, intervento combinato	2.200,00

**Iride**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1200	Cisti iridee, asportazione e plastica di	1.200,00
1201	Iridectomia	1.000,00
1202	Irido-dialisi, intervento per	1.200,00
1203	Iridoplastica	900,00
1204	Iridotomia (come unico intervento)	500,00
1205	Prolasso irideo, riduzione	600,00
1206	Sinechiotomia	950,00
1207	Sutura dell'iride	900,00

**Retina***Premesse specifiche di branca:*

L'Iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida è rimborsabile per un massimo di 5 (cinque) trattamenti l'anno (comprensivo del medicinale, degenza e sala operatoria indipendentemente dall'occhio trattato, ovvero 5 trattamenti totali). Non sono previste deroghe indipendentemente dalla motivazione/patologia per la quale si effettua il trattamento.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1208	Asportazione, cerchiaggio, rimozione e/o sostituzione materiali usati durante l'intervento di distacco	1.200,00
1209	Criotrattamento (come unico intervento)	900,00
1210	Diatermocoagulazione retinica per distacco (come unico intervento)	1.800,00
1211	Iniezione intravitreale per degenerazione maculare umida (comprensivo di medicinale, degenza e sala operatoria), a seduta, a forfait - vedi premesse specifiche di branca	750,00
1212	Legatura arteria temporale superiore (come unico intervento)	700,00
1213	Retina, intervento per distacco, crio + cerchiaggio (come unico intervento)	2.100,00
1214	Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	2.600,00
1215	Retinite pigmentosa, trattamento chirurgico d'innesto vascolare	1.500,00
1216	Termoterapia transpupillare	400,00
1217	Vitrectomia anteriore o posteriore, compresa asportazione delle membrane epiretinali	2.400,00

**Muscoli**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1218	Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento	1.200,00
1219	Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	1.400,00
1220	Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche - comprovata da campimetria pre intervento e fotografia pre e post intervento indipendentemente dall'occhio trattato)	1.200,00
1221	Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	1.500,00
1222	Strabismo paralitico, intervento per	1.500,00



### Bulbo oculare

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1223	Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	1.200,00
1224	Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	2.400,00
1225	Enucleazione o exenteratio	1.600,00
1226	Enucleazione con innesto protesi mobile	1.800,00
1227	Eviscerazione con impianto intraoculare	1.800,00

### Trattamenti laser (compreso l'uso delle apparecchiature)

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1228	Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovasi o nubecole corneali (a seduta)	160,00
1229	Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze (a seduta)	320,00
1230	Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	190,00
1231	Laserterapia iridea (a seduta)	260,00
1232	Laserterapia lesioni retiniche (a seduta)	270,00
1233	Laserterapia nella retinopatia diabetica (a seduta)	150,00
1234	Terapia fotodinamica compreso qualsiasi tipo di medicinale (a trattamento - massimo una volta l'anno)	1.300,00
1235	Trattamenti laser per cataratta secondaria (a seduta)	250,00
1236	Trattamenti laser per esiti di cheratoplastica – Comprovato da cartella clinica del precedente intervento	800,00

### Ortopedia e traumatologia (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Per articolazioni si intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).

Per segmenti ossei si intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto (esempio nel caso di intervento su 2 vertebre rientranti nel medesimo tratto, il valore del rimborso è pari a quantità 1 del corrispettivo codice intervento).

Per gli interventi chirurgici che interessano i legamenti articolari, deve considerarsi compreso l'eventuale prelievo per innesto di legamento autologo (considero come fase della ricostruzione).

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e strumentazione/apparecchiatura. Per trattamento completo si intende anche eventuale artroliasi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale, salvo quanto specificatamente descritto.

Gli interventi di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le singole voci/codici analitici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore - Tariffario. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore - Tariffario.

**Bendaggi**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1237	Bendaggio alla colla di zinco: coscia, gamba e piede	75,00
1238	Bendaggio alla colla di zinco: gamba e piede	50,00
1239	Bendaggio collare di Schanz	50,00
1240	Bendaggio con doccia di immobilizzazione: gomito e polso	75,00
1241	Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto superiore	130,00
1242	Bendaggio con doccia di immobilizzazione: per arto inferiore	110,00
1243	Bendaggio con medicazione (a seguito d'intervento chirurgico)	40,00
1244	Bendaggi elastocompressivi o funzionali	45,00
1245	Bendaggio secondo Dessault: amidato o gessato	160,00
1246	Bendaggio secondo Dessault: semplice	100,00
1247	Bendaggio semplice con ovatta e garza	40,00
1248	Bendaggio torace senza arto superiore	50,00
1249	Splint	50,00
1250	Stecca di Zimmer per dito, applicazione di	60,00

**Apparecchi gessati**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1251	Arto inferiore: coscia, gamba e piede	250,00
1252	Arto inferiore: gamba e piede	200,00
1253	Arto inferiore: ginocchiera	140,00
1254	Arto superiore: avambraccio e mano	160,00
1255	Arto superiore: braccio, avambraccio e mano	280,00
1256	Arto superiore: torace ed arto superiore	300,00
1257	Calco di gesso per protesi arti	130,00
1258	Corsetto con spalle	280,00
1259	Corsetto senza spalle	240,00
1260	Corsetto speciale per scoliosi e/o cifosi	430,00
1261	Corsetto tipo Minerva	500,00
1262	Delbet	120,00
1263	Gypsotomia	60,00
1264	Pelvicondiloideo	335,00
1265	Pelvicondiloideo bilaterale	435,00
1266	Pelvimalleolare	335,00
1267	Pelvimalleolare bilaterale	435,00
1268	Pelvipedidio	335,00
1269	Pelvipedidio bilaterale	435,00
1270	Stecca da dito	100,00

### Lussazioni e fratture

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1271	Applicazione di filo o chiodo transcheletrico	300,00
1272	Applicazione di skin traction	100,00
1273	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: colonna vertebrale	2.500,00
1274	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: grandi articolazioni	1.100,00
1275	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: medie articolazioni	500,00
1276	Riduzione incruenta di fratture - lussazioni: piccole articolazioni	250,00
1277	Riduzione incruenta di fratture: colonna vertebrale	2.200,00
1278	Riduzione incruenta di fratture: grandi segmenti	900,00
1279	Riduzione incruenta di fratture: medi segmenti	350,00
1280	Riduzione incruenta di fratture: piccoli segmenti	220,00
1281	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: colonna vertebrale	2.000,00
1282	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: grandi articolazioni	450,00
1283	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: medie articolazioni	300,00
1284	Riduzione incruenta di lussazione traumatica: piccole articolazioni	150,00

### Interventi incruenti

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1285	Mobilizzazione incruenta di rigidità: grandi articolazioni	650,00
1286	Mobilizzazione incruenta di rigidità: medie articolazioni	400,00
1287	Mobilizzazione incruenta di rigidità: piccole articolazioni	250,00
1288	Piede torto congenito, correzione manuale di	400,00
1289	Riduzione di pronazione dolorosa in età pediatrica	280,00
1290	Riduzione incruenta lussazione congenita anca: unilaterale	500,00
1291	Riduzione incruenta lussazione congenita anca: bilaterale	650,00
1292	Riduzione incruenta lussazione congenita anca: uni e bilaterale, tempi successivi	500,00
1293	Torcicollo e scoliosi su letto speciale, correzione di	450,00
1294	Trauma ostetrico arto inferiore, trattamento di	450,00
1295	Trauma ostetrico arto superiore, trattamento di	300,00

### Interventi cruenti

#### Premesse specifiche di branca:

Per articolazioni si intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).

Per segmenti ossei si intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Gli interventi di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca sono rimborsabili esclusivamente in modalità "a pacchetto", la quale sostituisce integralmente le singole voci/codici analitici presenti nelle precedenti edizioni del Nomenclatore - Tariffario. Per le predette procedure eseguite contemporaneamente e quindi concomitanti, ad altri/e interventi/procedure principali, sono a disposizione le rispettive voci "concomitanti" per le quali, in deroga a quanto regolamentato per gli interventi, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica e strumentazione/apparecchiatura. Per trattamento completo si intende anche eventuale artrolisi, neurolisi e/o sinoviectomia e/o tenolisi nell'ambito dell'intervento principale, salvo quanto specificatamente descritto.

tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1296	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)	2.400,00
1297	Agoaspirato osseo (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	700,00
1298	Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	5.400,00
1299	Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	4.500,00
1300	Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	2.300,00
1301	Artrocentesi (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	50,00
1302	Artrocentesi con introduzione di medicamento (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	55,00
1303	Artrodesi vertebrali per via anteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	9.000,00
1304	Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	6.500,00
1305	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	9.500,00
1306	Artrodesi: grandi articolazioni	2.500,00
1307	Artrodesi: medie articolazioni	2.000,00
1308	Artrodesi: grandi	2.400,00
1309	Artrodesi: medie	1.900,00
1310	Artrodesi: piccole	1.300,00
1311	Artroplastiche: grandi (qualsiasi materiale)	5.200,00
1312	Artroplastiche: medie (qualsiasi materiale)	1.300,00
1313	Artroplastiche: piccole (qualsiasi materiale)	850,00
1314	Artroprotesi spalla, parziale	4.000,00
1315	Artroprotesi spalla, totale	6.000,00
1316	Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	5.500,00
1318	Artroprotesi di piccole articolazioni: rimozione e sostituzione o revisione di artroprotesi	1.200,00
1321	Artroprotesi: ginocchio	6.000,00
1322	Artroprotesi: gomito	6.000,00
1323	Artroprotesi: rimozione e sostituzione di artroprotesi settica in un tempo successivo al primo intervento (parziale o totale) come unico intervento, salvo i casi descritti	7.000,00
1324	Artroscopia diagnostica (come unico intervento) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	550,00
1325	Ascesso freddo, drenaggio di	150,00
1326	Biopsia articolare (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	510,00
1327	Biopsia ossea (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	900,00
1328	Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	3.300,00
1329	Biopsia vertebrale a cielo aperto	1.200,00
1330	Borsectomia (come fase di un intervento principale)	500,00
1331	Borsectomia (come unico intervento)	1.300,00
1332	Calcificazioni intratendinee (anche in artroscopia), asportazione di	800,00
1333	Cisti del Becker, asportazione di	1.600,00
1334	Cisti meniscali o parameniscali, asportazione di	1.700,00
1335	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00
1336	Condrectomia - condroabrasione e/o debridment articolare (come fase di intervento principale)	500,00
1337	Condrectomia - condroabrasione e/o debridment articolare (come unico intervento)	2.000,00
3199	Conflitto femoro-acetabolare (impingement di anca), intervento per	4.550,00
1338	Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	1.800,00
1339	Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	2.400,00
1340	Diastasi sinfisi pubica, trattamento di	1.500,00
1341	Disarticolazione interscapolo toracica	4.700,00
1342	Disarticolazioni, grandi	4.200,00
1343	Disarticolazioni, medie	2.900,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1344	Disarticolazioni, piccole	1.400,00
1345	Distanziatore articolare, impianto o rimozione di (come fase dell'intervento principale)	1.200,00
1346	Elsmie-Trillat, intervento di	1.400,00
1347	Emipelvectomy	5.500,00
1348	Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto	8.000,00
1349	Epifisiodesi	2.500,00
1350	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva compresa eventuale stenosi lombare, uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (come unico intervento)	5.500,00
1351	Esostosi semplice, asportazione di	1.200,00
1352	Frattura esposta, pulizia chirurgica di	700,00
1353	Infezioni articolari, muscolo-aponeurotiche profonde (trattamento chirurgico - unico intervento)	1.700,00
1354	Infiltrazioni articolari eco-rx guidate (spalla-ginocchio-anca-gomito-polso-caviglia) (massimo 5 sedute complessive anno indipendentemente dal numero di articolazioni trattate)	30,00
3200	Infiltrazioni articolari TC guidate (spalla-ginocchio-anca-gomito-polso-caviglia) (massimo 5 sedute complessive anno indipendentemente dal numero di articolazioni trattate)	130,00
1355	Innesto di materiale cartilagineo autologo coltivato, compreso eventuale debridment articolare	3.200,00
1356	Intervento per ginocchio valgo/varo in artroscopia (trattamento completo)	3.000,00
1357	Laterale release	1.700,00
1358	Legamenti e retinacoli del ginocchio, ricostruzione di (come unico intervento)	3.800,00
3201	Legamenti e retinacoli patellari del ginocchio, ricostruzione di	1.500,00
1359	Legamenti e retinacoli del ginocchio con meniscectomia (come unico intervento), ricostruzione di	4.000,00
1360	Lussazioni recidivanti di spalla o ginocchio (anche in artroscopia), plastica per (trattamento completo)	3.000,00
1361	Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	2.000,00
1362	Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione + eventuale mosaicoplastica (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	2.200,00
3202	Meniscoplastica e/o sutura del muro meniscale (come unico intervento)	1.450,00
3203	Mosaicoplastica per degenerazione cartilaginea (come unico intervento)	2.200,00
1363	Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	1.800,00
1364	Midollo osseo, espianto di	1.500,00
1365	Osteomieliti (trattamento completo), intervento per	2.300,00
1366	Osteoclasia	700,00
1367	Osteosintesi con fissatore esterno (qualsiasi segmento)	1.500,00
1368	Osteosintesi vertebrale	6.800,00
1369	Osteosintesi: grandi segmenti	4.600,00
1370	Osteosintesi: medi segmenti	2.800,00
1371	Osteosintesi: piccoli segmenti	2.100,00
1372	Osteotomia complessa (bacino, vertebrale) compresa ablazione di osteofiti della colonna (a tratto)	4.000,00
1373	Osteotomia semplice di qualsiasi segmento (come fase dell'intervento principale)	700,00
3249	Artroprotesi: protesi totale anca (artroprotesi anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto protesi anca totale)	4.000,00
3250	Artroprotesi: revisione protesi totale anca (artroprotesi revisione anca totale - qualsiasi tecnica - intervento concomitante, rimborsabile nella medesima seduta operatoria o ricovero non associabile al pacchetto revisione protesi anca totale)	5.200,00
1374	Perforazione alla Boeck	400,00
1375	Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale	7.500,00
1376	Prelievo di cartilagine dal ginocchio in artroscopia, intervento per (come unico intervento)	1.500,00
1377	Prelievo di trapianto osseo con innesto	3.500,00
1378	Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	3.800,00
1379	Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	1.800,00
1380	Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	1.000,00
1381	Puntato tibiale o iliaco (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	150,00
1382	Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	3.500,00
1383	Reimpianti di arto o suo segmento	9.000,00
1384	Resezione articolare (come unico intervento)	1.700,00
1385	Resezione del sacro (come unico intervento)	3.500,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1386	Resezione ossea (come unico intervento)	1.800,00
1387	Revisione di moncone di amputazione	2.000,00
1388	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	3.500,00
1389	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	3.500,00
1390	Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie/piccole articolazioni	1.800,00
1391	Riduzione cruenta lussazione congenita anca	2.400,00
1392	Rimozione di fissatore esterno (qualsiasi segmento)	300,00
1393	Rimozione mezzi di sintesi: grandi segmenti	1.500,00
1394	Rimozione mezzi di sintesi: medi segmenti	1.000,00
1395	Rimozione mezzi di sintesi: piccoli segmenti	400,00
1396	Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione di (compreso trattamento del capo lungo del bicipite brachiale) (trattamento completo)	2.800,00
1397	Scoliosi, intervento per (trattamento completo)	7.200,00
1398	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come fase di intervento principale)	500,00
1399	Sinoviectomia grandi o medie articolazioni (come unico intervento)	2.200,00
1400	Sinoviectomia piccole articolazioni (come fase di intervento principale)	300,00
1401	Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	1.000,00
1402	Spalla, resezioni complete sec. Tichor-Limberg	4.500,00
1403	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	5.400,00
1404	Stenosi vertebrale lombare più livelli compresa eventuale uncoforaminotomia, vertebrotomia e rimozione degli osteofiti (salvo i casi descritti) come unico intervento	6.000,00
1405	Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento	7.000,00
1406	Tetto cotiloideo, ricostruzione di	3.100,00
1407	Toilette chirurgica e piccole suture	250,00
1408	Trapianto di midollo osseo (omnicomprensivo di servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	17.000,00
1409	Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	2.600,00
1410	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	3.800,00
1411	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	2.600,00
1412	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	2.300,00
1413	Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	6.000,00
1414	Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	5.000,00
1415	Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche	3.000,00
53301	Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo - intervento concomitante ad altro principale): per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero	4.500,00

### *Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici*

#### *Premesse specifiche di branca:*

Le procedure di "Neurolisi", "Tenolisi" non sono associabili a tutte le procedure definite come "trattamento completo" in quanto già comprese nelle stesse.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1416	Biopsia muscolare (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
1417	Cisti o gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	1.000,00
1418	Neurinomi, asportazione chirurgica di	1.800,00
1419	Neurolisi (come fase di intervento principale)	600,00
1420	Neurolisi (come unico intervento)	1.800,00
1421	Sarcoma degli arti, asportazione chirurgica di	2.000,00
1422	Tendine d'Achille, intervento di allungamento (trattamento completo)	2.000,00
1423	Tenolisi (come fase dell'intervento principale)	400,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1424	Tenolisi (come unico intervento)	1.200,00
1425	Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	1.300,00
1426	Tenorrafia complessa - sutura di più tendini (salvo i casi descritti)	2.000,00
1427	Tenorrafia semplice - sutura di un tendine (salvo i casi descritti)	1.400,00
1428	Tenotomia compresa eventuale tenorrafia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	2.000,00
1429	Torcicollo miogeno congenito, plastica per	1.900,00
1430	Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	2.300,00

## Ostetricia (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe sono comprensive del compenso dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica durante tutto il periodo del ricovero della madre.

Tutte le prestazioni/interventi sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1431	Aborto terapeutico	1.800,00
1432	Amniocentesi, compresa qualsiasi prestazione professionale e strumentale, qualsiasi numero di prelievi (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	550,00
1433	Amnioscopia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	100,00
1434	Assistenza al parto con taglio cesareo conservativo o demolitivo (comprensiva dell'assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica). La tariffa è comprensiva di eventuali miomectomie eseguite durante l'intervento	6.000,00
1435	Assistenza al parto eutocico, distocico, plurimo, podalico, prematuro, pilotato (comprensiva dell'eventuale secondamento manuale/strumentale, di qualsiasi atto operativo chirurgico, della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero, dell'assistenza dell'ostetrica e dell'assistenza neonatologica)	4.000,00
1436	Biopsia villi coriali (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	600,00
1437	Cardiotocografia (come unico esame)	30,00
1438	Cardiotocografia (durante la visita)	25,00
1439	Cerchiaggio cervicale	2.200,00
1440	Colpoperineorrafia per deiescenza sutura, intervento di	650,00
1441	Cordocentesi (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
1442	Correzione di difetto fetale in utero	10.000,00
1443	Fetoscopia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
1444	Flussimetria (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	40,00
1445	Lacerazione cervicale, sutura di	700,00
1446	Laparotomia esplorativa e/o lisi aderenze (come unico intervento)	2.300,00
1447	Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	2.850,00
1448	Mastite puerperale, trattamento chirurgico	400,00
1449	Revisione delle vie del parto, intervento per	1.600,00
1450	Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento per	2.000,00
1451	Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	2.100,00
1452	Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	1.200,00

## Otorinolaringoiatria (trattamenti completi)

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura.

Si specifica che, alcune prestazioni riportate nella presente branca (e relative sottobranche), sono rimborsabili dal Fondo esclusivamente durante la relativa visita specialistica, ovvero non saranno rimborsabili se effettuate in sedute separate e/o da operatori diversi.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

### Orecchio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1453	Antroatticotomia con labirintectomia	3.500,00
1454	Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	4.800,00
1455	Ascesso del condotto, incisione di	130,00
1456	Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica	4.200,00
1457	Atresia auris congenita completa	4.800,00
1458	Atresia auris congenita incompleta	4.300,00
1459	Cateterismo tubarico (a seduta)	15,00
1460	Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio	25,00
1461	Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale con microscopio (otomicroscopia)	70,00
1462	Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	500,00
1463	Drenaggio transtimpanico	600,00
1464	Ematoma del padiglione, incisione di	100,00
1465	Impianto di protesi cocleare bilaterale	5.500,00
1466	Impianto di protesi cocleare monolaterale	4.500,00
1467	Mastoidectomia	2.200,00
1468	Mastoidectomia radicale	4.000,00
1469	Miringoplastica per via endoauricolare	1.500,00
1470	Miringoplastica per via retroauricolare	2.500,00
1471	Miringotomia (come unico intervento)	750,00
1472	Neoplasia del padiglione, exeresi di	850,00
1473	Neoplasie del condotto, exeresi	1.300,00
1474	Nervo vestibolare, sezione del	7.000,00
1475	Neurinoma dell'ottavo paio	10.000,00
1476	Ossiculoplastica	1.600,00
1477	Osteomi del condotto, asportazione di	2.000,00
1478	Petrosectomia	8.500,00
1479	Petrositi suppurate, trattamento delle	4.500,00
1480	Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	400,00
1481	Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	2.900,00
1482	Revisione di stapedotomia	1.600,00
1483	Revisione di timpanoplastica	1.000,00
1484	Revisione miringoplastica (qualsiasi via di accesso)	1.000,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1485	Revisione ossiculoplastica	1.000,00
1486	Rimozione e/o sostituzione di protesi cocleare	3.500,00
1487	Sacco endolinfatico, chirurgia del	3.100,00
1488	Stapedectomia	3.500,00
1489	Stapedectomia, intervento di revisione	2.000,00
1490	Stapedotomia	3.600,00
1491	Tappi di cerume, estrazione di	25,00
1492	Timpanoplastica con mastoidectomia	3.800,00
1493	Timpanoplastica senza mastoidectomia	2.500,00
1494	Timpanoplastica, secondo tempo di	2.000,00
1495	Timpanotomia esplorativa (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
1496	Trattamento di cisti e fistole preauricolari congenite	700,00
1497	Trattamento stenosi condotto uditivo esterno	600,00
1498	Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	4.700,00

### Naso e seni paranasali

#### Premesse specifiche di branca:

Gli interventi di rinoseptoplastica e settoplastica aventi finalità di natura estetica, o conseguenti a correzioni chirurgiche di natura estetica o comunque a questa riconducibile, non sono mai rimborsabili pur se analiticamente esposte nel Nomenclatore – Tariffario, anche quando siano concomitanti ad altri interventi rimborsabili.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1499	Adenoidectomia	1.500,00
1500	Adenotonsillectomia	2.000,00
1501	Atresia coanale, intervento per	1.700,00
1502	Cateterismo seno frontale	500,00
1503	Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	400,00
1504	Corpi estranei, asportazione di	50,00
1505	Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	1.500,00
3204	Dilatazione tubarica per otite media cronica (massimo 2 sedute l'anno - indipendentemente se mono e/o bilaterale - allegare descrizione dettagliata della procedura)	500,00
1506	Ematoma, ascesso del setto, drenaggio	130,00
1507	Etmoide, svuotamento radicale monolaterale (come unico intervento)	1.500,00
1508	Etmoide, svuotamento radicale bilaterale (come unico intervento)	1.900,00
1509	Fistole oro antrali	1.200,00
1510	Fratture delle ossa nasali, riduzioni di	1.500,00
1511	Instillazione sinusale (per ciclo di terapia)	75,00
1512	Ozena, cura chirurgica dell'	1.100,00
1513	Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	1.200,00
1514	Rinofima, intervento	1.000,00
1515	Rinoseptoplastica con innesti liberi di osso (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.700,00
1516	Rinoseptoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.000,00
1517	Rinoseptoplastica, revisione di interventi funzionali o ricostruttivi (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.000,00
1518	Seni paranasali, intervento per mucocele	2.200,00
1519	Seni paranasali, intervento radicale o intervento chirurgico di FESS (functional endoscopic sinus surgery) monolaterale	2.300,00
1520	Seni paranasali, intervento radicale o intervento chirurgico di FESS (functional endoscopic sinus surgery) bilaterale	3.000,00
1521	Seno frontale, svuotamento per via esterna	1.100,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1522	Seno frontale, svuotamento per via nasale (come unico intervento)	1.300,00
1523	Seno mascellare, puntura diameatica del	180,00
1524	Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale (come unico intervento)	1.700,00
1525	Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale (come unico intervento)	1.800,00
1526	Seno sfenoidale, apertura per via transnasale (come unico intervento)	2.300,00
1527	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	2.800,00
1528	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	2.500,00
1529	Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	3.200,00
1530	Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (non rimborsabile se concomitante o conseguente ad interventi di natura estetica; comprovata da rinomanometria pre intervento)	1.900,00
1531	Sinechie nasali, recisione di	500,00
1532	Speroni o creste del setto, asportazione di	600,00
1533	Tamponamento nasale anteriore	110,00
1534	Tamponamento nasale antero-posteriore	300,00
1535	Terapia chirurgica microinvasiva a radiofrequenza (coblator) per: tonsillotomia extracapsulare, tonsillectomia, adenoidectomia, uvulopalatofaringoplastica – compreso uso apparecchiatura	800,00
1536	Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	2.500,00
1537	Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di	5.000,00
1538	Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	1.200,00
1539	Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	400,00
1540	Turbinotomia (come unico intervento)	850,00
1541	Varici del setto, trattamento di cauterizzazione	100,00

### Faringe - Cavo orale - Orofaringe

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1542	Ascesso peritonsillare, incisione	250,00
1543	Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	850,00
1544	Corpi estranei endofaringei, asportazione di	200,00
1545	Faringectomia parziale	3.500,00
1546	Fibroma rinofaringeo	2.200,00
1547	Leucoplachia, asportazione	250,00
1548	Lingua o cavo orale, asportazione di neoformazioni solide e/o cistiche benigne superficiali o profonde	450,00
1549	Neoplasie parafaringee	4.400,00
1550	Tonsillectomia	1.800,00
1551	Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	1.600,00
1552	Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	5.000,00
1553	Ugulotomia	300,00
1554	Velofaringoplastica o avanzamento dell'osso ioide	2.000,00

### Laringe e ipofaringe

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1555	Adduttori, intervento per paralisi degli	3.500,00
1556	Ascesso dell'epiglottide, incisione	300,00
1557	Biopsia in laringoscopia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	350,00
1558	Biopsia in microlaringoscopia (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.300,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1559	Cauterizzazione endolaringea	100,00
1560	Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	2.000,00
1561	Cordectomia	3.200,00
1562	Cordectomia con il laser	3.400,00
1563	Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	600,00
1564	Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	2.000,00
1565	Dilatazione laringea (per seduta)	140,00
1566	Disfonia spasmodica, terapia iniettiva in microlaringoscopia	200,00
1567	Epiglottidectomia	3.300,00
1568	Laringectomia parziale	3.800,00
1569	Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	4.400,00
1570	Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	4.700,00
1571	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	6.600,00
1572	Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	8.000,00
1573	Laringocele	3.400,00
1574	Laringofaringectomia totale	5.000,00
1575	Laringoplastica iniettiva in microlaringoscopia (ipotrofia delle corde vocali, etc)	500,00
1576	Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	1.200,00
1577	Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	2.200,00
1578	Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	1.300,00
1579	Papilloma laringeo	700,00
1580	Pericondrite ed ascesso perilaringeo	700,00
1581	Posizionamento o sostituzione di protesi fonatoria	200,00
1582	Naso-laringoscopia con fibroscopio flessibile a fibre ottiche durante la visita	45,00
1583	Tiroplastica	2.400,00

### Radiologia interventistica (trattamenti completi)

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-chirurgica-radiologica-anestesiologica, l'uso del contrasto, delle radiografie necessarie (tutte le proiezioni necessarie) e del compenso professionale per eventuale applicazione di stents (salvo casi descritti). Non sono previste deroghe. I materiali speciali ad alto costo, salvo quanto esposto analiticamente nel presente Nomenclatore – Tariffario, ed eventuali medicinali sono rimborsati così come descritto nella relativa sezione D.

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale. Pertanto, ai fini del rimborso, la valorizzazione dell'intervento/i sarà pari ad 1 quantità qualora la medesima procedura interessi il medesimo tratto.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1584	Arteriografia aorta addominale ed iliaca più angioplastica	2.900,00
1585	Arteriografia aorta addominale più angioplastica arteria renale	2.500,00
1586	Arteriografia aorta addominale più embolizzazione selettiva complessa (angiomi o fistole artero venose o aneurismi)	1.900,00
1587	Arteriografia aorta addominale più embolizzazione semplice di tumori	3.700,00
1588	Arteriografia con alcoolizzazione di lesioni di qualsiasi organo	1.600,00
1589	Arteriografia con embolizzazione di aneurismi arterie periferiche	2.500,00
1590	Cateterismo arterioso surrenalico bilaterale	1.600,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1591	Cavografia con posizionamento filtro cavale endoluminale temporaneo (compresa successiva rimozione) o definitivo	2.700,00
1592	Chemoembolizzazione transarteriosa epatica (TACE)	3.100,00
1593	Chifoplastica o vertebroplastica	3.000,00
1594	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna	2.300,00
1595	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare mono o bilaterale per qualsiasi patologia benigna o maligna con rimozione calcoli biliari, bilioplastica, posizionamento di endoprotesi multiple	3.600,00
1596	Colangiografia percutanea operativa con drenaggio biliare doppio o con endoprotesi	2.700,00
1597	Colangiopancreatografia (ERCP) con papillosfinterotomia ed eventuale rimozione di calcoli, compreso eventuale sondino naso-biliare	3.500,00
1598	Colangiopancreatografia (ERCP) con papillosfinterotomia e litotripsia e successiva rimozione di calcoli compreso eventuale sondino naso-biliare	4.200,00
1599	Colangiopancreatografia (ERCP) con papillosfinterotomia, con protesi (metallo o plastica)	3.500,00
1600	Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP)	700,00
1601	Colangiopancreatografia operativa con eventuale posizionamento e/o rimozione di protesi, compreso esame	3.200,00
1602	Drenaggi percutanei TAC/ECO guidati di ascessi e/o raccolte fluide toraciche o addominali o infiltrazioni muscolari per sindrome miofasciale (compresi esami e prestazione radiologica)	1.500,00
1603	Dilatazione percutanea di stenosi ureterale con o senza posizionamento di stent	1.500,00
1604	Drenaggio biliare per via endoscopica	900,00
1605	Disostruzione tubarica monolaterale	2.000,00
1606	Disostruzione tubarica bilaterale	2.500,00
1607	Embolizzazione fibromiomi utero	2.300,00
1608	Embolizzazione malformazioni e/o aneurismi e/o fistole vascolari cerebrali o tumori endocranici	6.500,00
1609	Endoarteriectomia dei vasi intracranici	7.000,00
1610	Fibrinolisi occlusione arteriosa	1.200,00
1611	Flebografia con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna o vena ovarica monolaterale	2.000,00
1612	Flebografia con sclerosi endoluminale della vena spermatica interna o vena ovarica bilaterale	2.200,00
1613	Pielografia monolaterale percutanea operativa con drenaggio	700,00
1614	Pielografia bilaterale percutanea operativa con drenaggio	1.000,00
1615	Pseudocistogastrotomia percutanea con puntura stomaco e drenaggio transepatico	1.800,00
1616	Posizionamento di stent gastrointestinali (esofagei, duodenali, colici, etc)	1.500,00
1617	Posizionamento di stent carotideo con sistema di protezione cerebrale per trattamento stenosi carotidee	4.500,00
1618	Posizionamento di stent tracheali	1.200,00
1619	Posizionamento port-a-cath arterioso epatico con guida ecografica con arteriografia epatica ed embolizzazione arteria gastroduodenale	3.500,00
1620	Pseudocistogastrotomia percutanea per rimozione drenaggio transgastro e posizionamento endoprotesi pseudocistogastrica	1.200,00
1621	Stand by dei chirurghi vascolari (presenza intera équipe) per interventi di radiologia interventistica, salvo i casi descritti in cui il compenso è già compreso nelle tariffe esposte	1.100,00
1622	Termoablazione o Crioablazione di neoplasie primitive o metastasi	3.200,00
1623	Shunt peritoneo-giugulare, intervento o revisione di	3.500,00
1624	Trattamento endovascolare di aneurismi dell'arteria iliaca	2.000,00
1625	Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune di embolizzazione arteria ipogastrica	4.000,00
1626	TIPS (shunt porto-sovraepatico)	5.000,00
3205	Alcolizzazione percutanea di lesioni solide o cistiche epatiche	1.500,00

## Urologia (trattamenti completi) - Diagnostica Urologica - Urologia endoscopica ed operativa

### Premesse specifiche di branca:

I materiali speciali ad alto costo, salvo quanto esposto analiticamente nel presente Nomenclatore – Tariffario, ed eventuali medicinali sono rimborsati così come descritto nella relativa sezione D.

Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Gli interventi eseguiti in endoscopia si intendono comprensivi di eventuale uretrotomia, lisi di aderenze

transuretrali ed incisione del collo vescicale.

Si precisa che, con il termine "per seduta" si intende indipendentemente dal numero di prestazioni effettuate.

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

### *Piccoli interventi e diagnostica urologica*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1627	Cambio tubo cistostomico	60,00
1628	Cambio tubo pielostomico	90,00
1629	Cateterismo vescicale nella donna (come unica prestazione)	40,00
1630	Cateterismo vescicale nell'uomo con patologia stenotica (come unica prestazione)	60,00
1631	Cistomanometria (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	70,00
1632	Dilatazione del meato uretrale (come unica prestazione)	150,00
1633	Esame urodinamico completo (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	150,00
1634	Esame urodinamico più test farmacologici (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
1635	Instillazione vescicale con chemioterapico (per seduta, compreso cateterismo vescicale)	80,00
1636	Parafimosi, riduzione incruenta di	160,00
1637	Prostata, massaggio della (a scopo diagnostico) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	40,00
1638	Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	45,00
1639	Uroflussimetria (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	45,00
1640	Vescica neurologica, infiltrazioni intradetrusoriali con tossina botulinica (a seduta, max 10 sedute/anno)	100,00

### *Endoscopia diagnostica*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1641	Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	350,00
1642	Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	450,00
1643	Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	700,00
1644	Cromocistoscopia per valutazione funzionale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	200,00
1645	Pieloureterosopia percutanea diagnostica	900,00
1646	Ureterosopia e/o ureterorenoscopia (omnicomprensiva) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.200,00
1647	Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	175,00
1648	Uretrocistoscopia semplice in sedazione compreso anestesista (come unico atto diagnostico) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	400,00
1649	Uretrocistoscopia con biopsia/e (come unico intervento) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	900,00

### *Endoscopia operativa*

*Premesse specifiche di branca:*

Gli interventi eseguiti in endoscopia si intendono comprensivi di eventuale uretrotomia, lisi di aderenze transuretrali ed incisione del collo vescicale.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1650	Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	1.800,00
1651	Cistite postattinica, trattamento completo	2.000,00
1652	Collo vescicale, interventi endoscopici disostruttivi	2.200,00
1653	Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	2.100,00
1654	Diatermocoagulazione di diverticoli vescicali	1.600,00
3206	Prostata, intervento di revisione per sanguinamento post resezione endoscopica, compresa rimozione di coaguli endovesicali	1.600,00
1655	Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	1.500,00
1656	Endopielolitomia per stenosi del giunto pielo-ureterale	2.700,00
1657	Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	2.000,00
1658	Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	2.500,00
1659	Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	2.500,00
1660	Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	2.400,00
1661	Meatotomia ureterale (come unico intervento)	1.000,00
1662	Meatotomia uretrale (come unico intervento)	1.100,00
1663	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	2.800,00
1664	Pieloureterosopia percutanea operativa	2.300,00
1665	Prostata, interventi con laser o metodiche interstiziali	3.500,00
1666	Prostata, resezione endoscopica o vaporizzazione della (qualsiasi tecnica ed attrezzatura, esclusi i casi descritti)	3.800,00
1667	Reflusso vescico ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	2.100,00
1668	Stent ureterale, rimozione di	500,00
1669	Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	1.200,00
1670	Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	1.600,00
1671	Ureterocele, intervento endoscopico per	1.800,00
1672	Uretrotomia endoscopica (come unico intervento)	1.900,00
1673	Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	1.000,00
1674	Wall Stent per stenosi uretrali compresa cistostomia	3.700,00
1675	Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	2.800,00

## Urologia - Atti chirurgici

### Premesse specifiche di branca:

Si specifica che alcuni esami sono fruibili in regime ambulatoriale pertanto l'approvazione degli stessi in regime di ricovero (qualsiasi) sarà subordinata alla valutazione dei quadri sistemici documentati che abbiano una valenza di criticità per la salute stessa del paziente. Nella fattispecie della richiesta, per fruire del regime di ricovero (qualsiasi), dovrà essere allegata documentazione medica dettagliata in cui siano evidenziabili le motivazioni che hanno indotto a tal tipo di regime.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione O del presente Nomenclatore – Tariffario.

### Rene

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1676	Agobiopsia renale percutanea	700,00
1677	Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	1.400,00
1678	Cisti renale per via percutanea, puntura di	450,00
1679	Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	600,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1680	Cisti renale, resezione	5.200,00
1681	Eminefrectomia	9.100,00
1682	Lobotomia per ascessi pararenali	3.900,00
1683	Nefrectomia allargata per tumore con eventuale trattamento di trombo cavale (compresa surrenectomia)	10.000,00
1684	Nefrectomia polare	9.500,00
1685	Nefrectomia semplice	9.000,00
1686	Nefrolitotripsia percutanea monolaterale	4.300,00
1687	Nefrolitotripsia percutanea bilaterale	6.900,00
1688	Nefropessi	3.600,00
1689	Nefrostomia percutanea monolaterale	2.200,00
1690	Nefrostomia percutanea bilaterale	2.800,00
1691	Nefroureterectomia radicale con linfoadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	10.500,00
1692	Nefroureterectomia radicale (compresa eventuale surrenectomia)	9.500,00
1693	Pielocalicolitomia (come unico intervento)	3.200,00
1694	Pielocentesi (come unico intervento)	650,00
1695	Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	4.400,00
1696	Pielouretero plastica per stenosi del giunto	7.000,00
1697	Stomia renale, chiusura di	2.000,00
1698	Surrenectomia (trattamento completo)	8.500,00
1699	Trapianto di rene (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00

### Uretere

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1700	Fistola uretero-intestinale, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.400,00
1701	Fistola uretero-intestinale, intervento con resezione intestinale ed anastomosi (qualsiasi tecnica)	3.000,00
1702	Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)	2.800,00
1703	Megauretere, intervento per rimodellaggio	3.500,00
1704	Transuretero-ureteroanastomosi (come unico intervento)	2.400,00
1705	Ureterectomia segmentaria	2.600,00
1706	Ureterocistoneostomia monolaterale (come unico intervento)	3.600,00
1707	Ureterocistoneostomia bilaterale (come unico intervento)	4.500,00
1708	Ureterocutaneostomia monolaterale	1.800,00
1709	Ureterocutaneostomia bilaterale	2.500,00
1710	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	5.000,00
1711	Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	7.500,00
1712	Uretero-ileo-anastomosi monolaterale (come unico intervento)	3.500,00
1713	Uretero-ileo-anastomosi bilaterale (come unico intervento)	3.700,00
1714	Ureteroileocutaneostomia non continente	4.000,00
1715	Ureterolisi più omentoplastica	1.500,00
1716	Ureterolitotomia lombo-iliaca	2.600,00
1717	Ureterolitotomia pelvica	3.200,00
1718	Ureterosigmoidostomia monolaterale	2.600,00
1719	Ureterosigmoidostomia bilaterale	3.000,00

**Vescica**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1720	Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	1.700,00
1721	Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	3.500,00
1722	Cistectomia parziale semplice	3.000,00
1723	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	9.000,00
1724	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	8.500,00
1725	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	8.500,00
1726	Cistocentesi (come unico intervento) (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	180,00
1727	Cistolitotomia (come unico intervento)	2.000,00
1728	Cistopessi	4.500,00
1729	Cistorrafia per rottura traumatica	1.900,00
1730	Cistostomia sovrapubica (come unico intervento)	800,00
1731	Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	2.500,00
1732	Diverticulectomia	3.600,00
1733	Estrofia vescicale (trattamento completo)	8.800,00
1734	Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	3.300,00
1735	Fistola sovrapubica, intervento per (come unico intervento)	2.800,00
1736	Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	4.200,00
1737	Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	3.800,00
1738	Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale	3.500,00
1739	Posizionamento di sospensione uretrale (TVT), trattamento dell'incontinenza urinaria	1.600,00
1740	Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	3.800,00
1741	Vescicoplastica antireflusso bilaterale	3.600,00
1742	Vescicoplastica antireflusso unilaterale	3.100,00

**Prostata**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1743	Agoaspirato/agobiopsia prostata (qualsiasi numero di prelievi, comprovato da referto dell'esame istologico) ecoguidata (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	350,00
1744	Biopsia prostatica a saturazione (comprovato da referto dell'esame istologico)(Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
1745	Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	1.200,00
1746	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)	3.800,00
1747	Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)	9.000,00
1748	Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	5.000,00

**Uretra**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1749	Calcoli o corpi estranei, rimozione di	720,00
1750	Caruncola uretrale	900,00
1751	Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	2.600,00
1752	Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	1.200,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1753	Epispadia o ipospadia balanica e uretroplastica, intervento per	3.500,00
1754	Epispadia o ipospadia peniena e uretroplastica, intervento per	3.800,00
1755	Fistole uretrali	3.000,00
3207	Revisione di uretroplastica	3.000,00
1756	Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	3.300,00
1757	Ipospasia scrotale o perineale, intervento per (trattamento completo-plastica)	4.700,00
1758	Meatotomia e meatoplastica	1.000,00
1759	Polipi del meato, coagulazione di	650,00
1760	Prolasso mucoso uretrale	1.200,00
1761	Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	2.000,00
1762	Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	3.600,00
1763	Rottura traumatica dell'uretra	2.200,00
1764	Terapia rieducativa minzionale (in regime di ricovero, per seduta)	35,00
1765	Uretrectomia segmentaria	2.000,00
1766	Uretrectomia totale	2.200,00
1767	Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	4.500,00
1768	Uretroplastiche (lambi liberi o peduncolati), trattamento completo	5.500,00
1769	Uretrostomia perineale	2.000,00

### Apparato genitale maschile

*Premesse specifiche di branca:*

La peniscopia è compresa nella visita.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1770	Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	550,00
1771	Biopsia testicolare a cielo aperto (come unico intervento)	1.300,00
1772	Biopsia testicolare monolaterale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	900,00
1773	Biopsia testicolare bilaterale (Prestazioni eseguibili ambulatorialmente - vedere premesse)	1.000,00
1774	Cisti del funicolo ed epididimo, exeresi	1.900,00
1775	Corporoplastica (come unico intervento)	3.700,00
1776	Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	5.000,00
1777	Epididimectomia	1.600,00
1778	Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	980,00
1779	Fistole scrotali o inguinali	1.500,00
1780	Frenulotomia e frenuloplastica	400,00
1781	Funicolo, detorsione chirurgica del	1.800,00
1782	Idrocele, intervento per	1.700,00
1783	Idrocele, puntura di	250,00
1784	Lichen scleroatrofico penieno, intervento di plastica ricostruttiva	2.300,00
1785	Orchidopessi monolaterale	2.200,00
1786	Orchidopessi bilaterale	3.000,00
1787	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale	8.000,00
1788	Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale o retroperitoneale bilaterale	10.000,00
1789	Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	1.900,00
1790	Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	2.300,00
1791	Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	2.800,00
1792	Parafimosi, intervento per (come unico intervento)	700,00
1793	Pene, amputazione parziale del	3.200,00
1794	Pene, amputazione totale con linfadenectomia	8.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1795	Pene, amputazione totale del	4.500,00
1796	Priapismo (percutanea), intervento per	1.800,00
1797	Priapismo (shunt), intervento per	2.700,00
1798	Rafe mediano breve, trattamento chirurgico	1.800,00
1799	Sclerosi della fascia di Buck, intervento per (qualsiasi trattamento)	4.000,00
1800	Scroto, resezione dello	2.000,00
1801	Scroto, riparazione di lacerazione o fistola dello	1.500,00
1802	Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	1.600,00
1803	Varicocele con tecnica microchirurgica	2.300,00
1804	Varicocele, intervento chirurgico per	2.000,00

## SEZIONE P. - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

### *Premesse specifiche di branca:*

Il Fondo rimborsa tutti gli accertamenti esposti e nei limiti del presente Nomenclatore – Tariffario unicamente se eseguiti con finalità diagnostico – terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale. Sono esclusi gli accertamenti imputabili alla ricerca e/o alla sperimentazione clinica.

Ai fini del rimborso è indispensabile inoltrare, oltre alla documentazione di spesa, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la prescrizione del medico specialista e/o medico di base con l'indicazione obbligatoria del tipo di patologia e/o del quesito diagnostico che ha reso indispensabili gli accertamenti stessi. Il Fondo non rimborsa prestazioni riconducibili a check-up indipendentemente dalla tipologia o dalla motivazione per il quale si eseguono.

Il Fasi si riserva di: valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata; richiedere copia dei referti diagnostici, oltre le casistiche che già lo prevedono, nel caso in cui emergesse la necessità di ulteriori approfondimenti.

Si ricorda che gli accertamenti diagnostici sono rimborsabili, anche se fruiti tramite pagamento del ticket, qualora quest'ultimo sia riferito esplicitamente a prestazioni riportate nel Nomenclatore – Tariffario vigente all'atto del saldo. Nel caso di contemporaneo pagamento del ticket per prestazioni in convenzione con il S.S.R. e di prestazioni private, è indispensabile far indicare dalla Struttura Sanitaria, oltre l'indicazione del tipo di prestazione, la ripartizione degli importi tra ticket e prestazione privata. Si precisa che limitazioni quantitative e/o temporali, eventualmente previste per le prestazioni, saranno applicate anche a quelle soggette al pagamento del solo ticket.

In relazione alle Analisi cliniche si precisa che il prelievo è compreso nelle prestazioni stesse. L'eventuale richiesta di prelievo domiciliare, come voce aggiuntiva all'esame stesso e limitatamente a quelli previsti dal Nomenclatore – Tariffario in vigore all'atto del saldo, deve chiaramente risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia, ovvero deve risultare compatibile con il quadro clinico che ha reso necessario il prelievo presso il domicilio.

Per gli esami radiologici e gli accertamenti diagnostici di medicina nucleare, le relative tariffe si riferiscono ad esami completi delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari per una indagine esaustiva. Altresì sono comprensive dell'onorario del radiologo e/o del medico nucleare e/o di altri specialistici (anestesista/assistenza anestesiologicala), dei tecnici e, ove non diversamente ed esplicitamente previsto dalle singole premesse specifiche di branca, anche dei mezzi di contrasto, materiali, medicinali e quant'altro necessario ai fini dell'esame.

E' pertanto esclusa, da parte delle Strutture Sanitarie, l'addebito di quanto sopra per gli assistiti del Fondo, oltre gli accertamenti stessi.

Si rammenta altresì che, per alcuni esami diagnostici, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame (o comunque il meno oneroso) come riportato nelle rispettive "Premesse specifiche di branca". Per quanto appena riportato, la definizione di "nel corso della stessa seduta" deve intendersi, nel corso del medesimo accesso alla struttura sanitaria (documentato o rilevabile), pertanto, nel caso di esecuzione di 2 accertamenti, sarà applicata la riduzione del 50% (ove previsto), qualora non sia inequivocabilmente riscontrabile il diverso accesso.

## Analisi cliniche

### Premesse specifiche di branca:

Il prelievo è compreso nella tariffa dell'esame a cui si riferisce, salvo i casi specificatamente descritti nella sezione "Prelievi". In quest'ultimo caso, si precisa che l'eventuale richiesta di "prelievo a domicilio" deve essere indicata nella prescrizione medica e deve essere supportata da un quadro clinico compatibile con la richiesta stessa. Le analisi si intendono eseguite con qualsiasi tecnica e metodica e la tariffa si intende cadauna salvo quanto specificato per le singole voci.

Se non diversamente specificato, gli esami sono riferiti a qualsiasi tipo di liquido o tessuto biologico.

Il Fondo si riserva di valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata.

Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono liquidabili solo se presenti nel Nomenclatore Tariffario Fasi in vigore all'atto della fatturazione a saldo e nei limiti previsti dallo stesso.

Tutte le analisi di laboratorio elencate nel presente Nomenclatore Tariffario sono liquidabili solo ed esclusivamente se fatturate da laboratori di analisi regolarmente autorizzati e corredate da relativa prescrizione medica con diagnosi. Non sono previste altre possibilità. Si rimborsano tutti gli accertamenti presenti nel Nomenclatore-Tariffario vigente all'atto della fatturazione a saldo, comprese le analisi genetiche, eseguiti unicamente con finalità diagnostico- terapeutiche e secondo i protocolli diagnostici validati dalla medicina convenzionale. Sono tassativamente escluse dal rimborso le prestazioni di medicina preventiva (al di fuori di quanto espressamente previsto per i pacchetti di prevenzione Fasi), sperimentale e/o di ricerca.

Si precisa che l'esame di "Proteinemia Totale" è compreso nell'esame "Elettroforesi delle siero proteine".

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1805	11 corticosteroidi totali	14,50
1806	17 Alfa Idrossi Progesterone (10 OHP)	14,50
1807	17 idrossicorticosteroidi	14,50
1808	17 ketosteroidi	14,50
1809	5 idrossindolacetico (5 HIAA)	10,00
1810	5 nucleotidasi	14,50
1811	Acetilcolinesterasi	5,50
1812	Acetone o acetonuria	4,50
1813	Acidi biliari	12,00
1814	Acidi grassi liberi (NEFA)	9,00
1815	Acido arachidonico	21,00
1816	Acido citrico urinario	12,00
1817	Acido delta amino levulinico (ALA)	7,00
1818	Acido desossiribonucleico nativo (nDNA)	10,00
1819	Acido ippurico/metilippurico	7,50
1820	Acido ialuronico (HA)	21,50
1821	Acido lattico	6,00
1822	Acido mandelico	17,50
1823	Acido omovanillico	14,50
1824	Acido parammino ippurico	10,00
1825	Acido piruvico o fenilpiruvico	6,00
1826	Acido sialico	17,50
1827	Acido valproico	12,00
1828	Acido vanilmandelico	14,50
1829	ACTH (ormone corticotropo)	13,50
1830	Adenosinmonofosfato ciclico (AMPc)	14,50
1831	ADH (ormone antidiuretico)	19,50
1832	Agglutinazione per altri ceppi di germi	3,50
1833	Agglutinazione per pertosse	3,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1834	Agglutinine a freddo	9,50
1835	Ala Deidrasi Eritrocitaria	6,50
1836	Albumina sierica (o albumin colon test)	4,00
1837	Albumina 24h (urine)	9,00
1838	Alcoolimetria	4,50
1839	Aldolasi sierica (o altri enzimi non specificati)	4,50
1840	Aldosterone basale	11,00
1841	Aldosterone clinostatismo o ortostatismo	14,50
1842	Alfa 1 antitripsina	10,00
1843	Alfa 1 fetoproteina nel sangue	11,00
1844	Alfa 1 fetoproteina nel liquido amniotico	14,50
1845	Alfa 1 glicoproteina acida	11,00
1846	Alfa 1 microglobulina	17,50
1847	Alfa 2 antiplasmina	10,50
1848	Alfa 2 macroglobulina	10,00
1849	Alfa androstenediolo 3Alfa	11,00
1850	Amilasi isoenzimi (frazione pancreatica)	11,00
1851	Amilasi sierica o urinaria	4,50
1852	Aminoacidi, dosaggio singolo	4,00
1853	Aminoacidi totali (S/U)	17,50
1854	Ammine aromatiche urinarie (benzolo e derivati e solventi inorganici)	10,50
1855	Ammoniaca nelle urine	10,00
1856	Ammonio plasmatico	10,00
1857	Anaerobiosi, esame colturale in	4,50
1860	Androstenediolo glucuronide	15,50
1861	Androstenedione sierico (D4)	17,50
1862	Anfetamina	12,00
1863	Angiotensin Converting Enzyme (A.C.E.)	17,50
1864	Angiotensina I basale	13,00
1865	Angiotensina I basale e dopo stimolo con furosemide	26,00
1866	Antiarritmici, dosaggio (Amiodarone, Disopiramide, Flecainide, Lidocaina, Procainamide, etc.)	14,50
1867	Antibiogramma (almeno 10 antibiotici)	7,50
1868	Antibiogramma per micobatteri (almeno 3 antibiotici)	17,50
1869	Antibiotici, dosaggio sierico (amoxicillina, ampicillina, penicillina, gentamicina, kanamicina, netilmicina, streptomina, vancomicina ed altri)	14,50
1870	Anticoagulanti acquisiti, ricerca	5,50
1871	Anticorpi anti adenovirus	10,00
1872	Anticorpi anti antigeni citoplasmatici (ANCA)	10,00
1873	Anticorpi anti bordetella pertussis totali o IgG o IgM	20,00
1874	Anticorpi anti borrelia burgdoferi	20,00
1875	Anticorpi anti brucella	17,50
1876	Anticorpi anti canali del calcio	14,00
1877	Anticorpi anti cardiopina IgA o IgG o IgM	20,00
1878	Anticorpi anti cellule parietali gastriche (PCA)	10,00
1879	Anticorpi anti centromero	10,50
1880	Anticorpi anti chlamydia	17,50
1881	Anticorpi anti citomegalovirus Ig totali o IgG o IgM	15,50
1882	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofilii (ANCA)	14,00
1883	Anticorpi anti citrullina	15,00
1884	Anticorpi anti colon	20,00
1885	Anticorpi anti dotti salivari	23,00
1886	Anticorpi anti endomisio	15,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1887	Anticorpi anti endotelio	16,50
1888	Anticorpi anti coxsakie (ciascuna)	10,00
1889	Anticorpi anti echinococco (echinotest)	14,50
1890	Anticorpi anti echovirus	14,50
1891	Anticorpi anti Ena	17,50
1892	Anticorpi anti entoameba o altri parassiti	14,50
1893	Anticorpi anti Epstein Barr virus IgG e IgM (VCA e/o EBNA e/o EA)	12,00
1894	Anticorpi anti eritrocitari attivi a freddo (crioagglutinine)	12,00
1895	Anticorpi anti eritrociti o leucociti o piastrine (test di Dixon diretto o indiretto) ricerca ed eventuale titolo	13,50
1896	Anticorpi anti fattore intrinseco	12,00
1897	Anticorpi anti fattore VIII	14,00
1898	Anticorpi anti gangliosidi	14,50
1899	Anticorpi anti febbre Q	12,50
1900	Anticorpi anti Giardia Lamblia	12,00
1901	Anticorpi anti Gliadina IgA o IgG	17,50
1902	Anticorpi anti HAV IgG/HAV IgM	11,50
3208	Anticorpi anti HBcAg o HBcAgIgM o HBeAg o HBsAg	11,50
1903	Anticorpi anti HCV	11,50
1904	Anticorpi anti HDV/HDV IgM	24,50
1905	Anticorpi anti HEV (virus dell'epatite E)	24,50
1906	Anticorpi anti HGV/GBV-C (virus dell'epatite G)	24,50
1907	Anticorpi anti HLA (titolazione per singola specificità)	35,00
1908	Anticorpi anti Helicobacter Pylori	17,50
1909	Anticorpi anti herpes virus (Tipo 1 o 2) IgG o IgM	15,50
1910	Anticorpi anti HIV	14,50
1911	Anticorpi anti influenza A o B	9,00
1912	Anticorpi anti insula pancreatica	24,50
1913	Anticorpi anti insulina (AIAA)	12,00
1914	Anticorpi anti interferon	20,00
1915	Anticorpi anti istone	42,50
1916	Anticorpi anti lattoglobulina IgG	20,00
1917	Anticorpi anti legionelle	24,50
1918	Anticorpi anti leishmania	17,50
1919	Anticorpi anti leptospira	10,00
1920	Anticorpi anti listeria	12,00
1921	Anticorpi anti MAG	14,00
1922	Anticorpi anti membrana basale	21,00
1923	Anticorpi anti miceti (ricerca)	10,00
1924	Anticorpi anti micobatteri IgG o IgM	12,00
1925	Anticorpi anti micoplasmi	13,50
1926	Anticorpi anti microsomi epatici e renali (LKMA)	10,00
1927	Anticorpi anti microsomiali (AbTMS) o antiperossidasi (AbTPO)	20,00
1928	Anticorpi anti mielina	14,50
1929	Anticorpi anti mitocondri	17,50
1930	Anticorpi anti morbillo (Ig totali o IgG o IgM)	14,50
1931	Anticorpi anti muscolo liscio	14,50
1932	Anticorpi anti muscolo striato (cuore)	20,00
1933	Anticorpi anti nDNA	14,50
1934	Anticorpi anti neisseria gonorrea	15,50
1935	Anticorpi anti nucleo	14,50
1936	Anticorpi anti organo	20,00
1937	Anticorpi anti ovaio	9,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1938	Anticorpi anti parotite (IgG o IgM)	14,50
1939	Anticorpi anti parotite Ig totali	12,00
1940	Anticorpi anti polisaccaride C streptococco B emol. Gr A	14,50
1941	Anticorpi anti parvovirus B19	9,50
1942	Anticorpi anti pneumococco	14,50
1943	Anticorpi anti recettore dell'acetilcolina	31,00
1944	Anticorpi anti recettori del TSH	22,50
1945	Anticorpi anti reticolina	15,00
1946	Anticorpi anti retrovirus (HTLV1 - HTLV2)	77,50
1947	Anticorpi anti ribosomi	17,50
1948	Anticorpi anti rickettsie	12,00
1949	Anticorpi anti RNA	14,50
1950	Anticorpi anti rosolia (Ig totali o IgG o IgM)	12,00
1951	Anticorpi anti schistosoma	12,00
1952	Anticorpi anti spermatozoi	24,50
1953	Anticorpi anti streptococco (DNAsi B)	7,00
1954	Anticorpi anti surrene	9,50
1955	Anticorpi anti tessuto	23,00
1956	Anticorpi anti testicolo	16,50
1957	Anticorpi anti tireoglobulina (Abtg)	10,00
1958	Anticorpi anti tossina del clostridium tetani	15,50
1959	Anticorpi anti toxocara	20,00
1960	Anticorpi anti toxoplasma (Ig totali o IgG o IgM o IgA)	13,50
1961	Anticorpi anti trasglutaminasi tissutale (tTG)	22,00
1962	Anticorpi anti treponema P (IgG FTA o IgM FTA)	14,50
1963	Anticorpi anti tripanosoma Cruzi	14,50
1964	Anticorpi anti varicella Zooster virus (Ig totali o IgG o IgM)	14,50
1965	Anticorpi anti virus respiratorio sinciziale	17,50
1966	Anticorpi antiplasmodi	20,00
1967	Anticorpi sierici anti citoscheletro	15,00
1968	Altri anticorpi anti	14,50
1969	Antidepressivi triciclici, dosaggio	18,00
1970	Antigene Australia (HbsAg)	12,00
1975	Antigene Delta (HDV Ag)	24,50
1976	Antigene e virus epatite B (HB e Ag)	14,50
1977	Antigene Helicobacter Pylori nelle feci	17,50
1978	Antigene legionella pneumofila	13,00
1982	Antigeni batterici cellulari ed extracellulari e/o prodotti metabolici, ricerca ed identificazione	2,00
1983	Antigeni eritrocitari non RH (ciascuno)	9,00
1984	Antigeni HLA (ciascuno)	22,00
1985	Antigeni eritrocitari CD55/CD59	21,50
1986	Antigeni virali, ricerca diretta ed identificazione	13,00
1987	Antimicogramma	9,00
1988	Antitrombina III	12,00
1989	Antitromboplastina	31,00
1991	Apolipoproteina A e B (ciascuna)	10,00
1992	Aptoglobine	10,00
1993	Asbestosi, ricerca dei corpuscoli nell'escreato	6,50
1994	Attivatore tissutale del plasminogeno (tPA)	23,50
1995	Azotemia	2,50
1996	Azoto nelle urine delle 24 ore	3,00
1997	Bacillo di Kock, esame batteriologico o colturale	14,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1998	Bacillo difterico, esame colturale	10,00
1999	Bacillo difterico, esame microscopico	4,50
2000	Barbiturici	12,00
2001	Batteri anaerobi, ricerca ed identificazione	10,00
2002	Batteri, ricerca microscopica	2,50
2003	Bence Jones, proteina di	5,00
2004	Benzodiazepine	14,50
2005	Beta 2 Glicoproteina 1 (SP1)	14,50
2006	Beta 2 microglobulina urinaria e plasmatica	14,50
2007	Beta HCG (Gonadotropina corionica o subunità Beta plasmatica e urinaria)	14,50
2008	Beta tromboglobuline	31,00
2009	Bicarbonati	3,00
2010	Bilirubina nel liquido amniotico (curva spettrofotometrica)	4,50
2011	Bilirubinemia diretta	4,00
2012	Bilirubinemia totale	3,00
2014	BNP, brain natriuretic peptide	15,00
2015	Breath test urea per Helicobacter Pylori	50,00
2016	Breath test all'idrogeno per malassorbimento alimentare	70,00
2017	Breath test al lattosio per intolleranza al lattosio	50,00
2018	Broncoaspirato, esame colturale	12,00
2019	C peptide	14,50
2020	C peptide dopo carico di glucosio (4 dosaggi)	38,50
2021	C1 esterasi inibitore	4,50
2022	Cadmio	20,00
2023	Calcio nelle urine delle 24 ore	3,00
2024	Calcio ionizzato	4,50
2025	Calcitonina	14,50
2026	Calcoli e concrezioni, esami	7,50
2027	Calcoli urinari, esame	6,00
2028	Calprotectina fecale	15,00
2030	Cannabinoidi	18,00
2031	Carbamazepina (dosaggio farmaci)	14,50
2032	Carbossi emoglobina (Co emoglobina)	4,50
2041	Carnitina	12,00
2042	Catecolamine sieriche	13,50
2043	Catecolamine urinarie (adrenalina o noradrenalina)	14,50
2044	Catecolamine urinarie totali	20,00
2045	Catene Kappa e Lambda, rapporto delle	10,00
2046	CBG (proteina legante gli ormoni corticosteroidi o transcortina)	18,50
2048	Cellule L.E. ricerca nel sangue periferico	7,00
2049	Ceruloplasmina	12,00
2050	CH 50	17,50
2051	Chimotripsina nelle feci + potere triptico	14,50
2052	Chinidina (dosaggio farmaco cardiattivo)	14,50
2053	Ciclosporina	19,50
2054	Cistinuria	10,00
2055	Clamidia (ricerca ed identificazione)	17,50
2056	Clostridium difficile (ricerca ed identificazione)	14,00
2057	Cocaina (droghe d'abuso)	14,50
2058	Coenzima Q10	18,50
2059	Colesterolo esterificato	3,50
2060	Colesterolo HDL o LDL	3,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2061	Colesterolo totale o colesterolemia	3,00
2062	Colinesterasi (CHE)	5,50
2063	Colinesterasi con numero di dibucaina	6,50
2064	Colinesterasi eritrocitaria	7,00
2065	Collagen Cross Linking	21,50
2066	Coltura di amniociti	110,00
2067	Coltura di cellule di altri tessuti	108,50
2068	Coltura di cellule emopoietiche: BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (ciascuna)	80,00
2069	Coltura di fibroblasti	120,00
2070	Coltura di linee cellulari o linfocitarie stabilizzate	165,00
2071	Coltura di linfociti fetali o periferici	80,00
2072	Coltura mista linfocitaria	116,00
2073	Colturali, altri esami non descritti	12,00
2074	Complemento frazione C1q	14,50
2075	Complemento frazione C3	8,00
2076	Complemento frazione C3 att.	10,00
2077	Complemento frazione C4	8,50
2079	Conta di Addis	4,50
2085	Coproporfirine	10,00
2086	Corpi chetonici	0,50
2087	Cortisolo urinario o plasmatico	14,50
2088	Creatinchinasi (CPK)	6,50
2089	Creatinchinasi isoenzimi (CPK - MB)	5,00
2090	Creatinchinasi isoforme	15,00
2091	Creatinina clearance (compreso dosaggio creatinuria)	6,00
2092	Creatinina nel liquido amniotico	3,00
2093	Creatininemia	3,00
2094	Creatininuria su campione delle 24 h (unico esame)	5,00
2095	Crioconservazione di colture cellulari (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	40,50
2096	Crioconservazione di cellule e tessuti (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	40,50
2097	Crioconservazione di cellule staminali (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	425,50
2098	Crioconservazione sospensioni linfocitarie (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto documentabili)	40,00
2099	Crioglobuline (ricerca e dosaggio)	3,00
2100	Cromatina sessuale o di Barr	14,50
2101	Cromo, dosaggio	14,00
2103	Curva glicemica da carico	10,00
2104	Curva insulinemica da carico dopo test farmacologici	31,00
2105	Curva LH e FSH dopo somministrazione di GNRH (minimo 5 dosaggi)	72,00
2106	Curva prolattina dopo somministrazione di TRH	49,00
2107	Curva TSH dopo stimolo con TRH (minimo 5 dosaggi)	43,00
2108	D-dimero	11,00
2111	Deidroepiandrosterone (DEA) o DEAS	14,50
2112	Desferrioxamina, prova della	31,00
2113	Determinazione antigeni vari (Kell, Duffy, etc.)	14,50
2114	Diametro medio e volume delle emazie (unico esame)	3,50
2115	Digoxina	14,50
2116	Diidrotosterone (DHT)	17,50
2117	Dopamina plasmatica o urinaria	20,00
2118	Elastasi, dosaggio	18,50
2119	Elettroforesi delle lipoproteine	7,00
2120	Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale)	8,00
2121	Elettroforesi delle proteine urinarie (compreso dosaggio delle proteine totali)	7,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2122	Elettroforesi emoglobina	13,50
2123	Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine)	2,50
2124	Emazie fetali, ricerca delle	13,50
2125	Emocoltura	17,50
2126	Emocromocitometrico e morfologico (Hb, GR, GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)	6,50
2128	Emogasanalisi (PH, PCO2, PO2 e parametri derivati)	17,50
2129	Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa o ad alta concentrazione	17,50
2130	Emogasanalisi prima e dopo iperventilazione	17,50
2131	Emoglobina A2	8,50
2132	Emoglobina fetale (dosaggio)	8,50
2133	Emoglobina glicosilata HbA1c	10,00
2134	Emoglobina Hb	3,00
2135	Emoglobina nel liquido amniotico	3,00
2136	Emoglobina, ricerca, mutazioni delle catene globiniche	16,00
2137	Emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, etc.)	18,00
2138	Emolisina acida (Test di Ham)	6,00
2139	Emolisina bifasica (Test di Donath-Landstainer)	4,00
2140	Enolasi Neurone Specifica (NSE)	17,50
2141	Enterobatteri, esame colturale	12,00
2142	Enzimi leucocitari (markers citochimici)	10,00
2143	Eparina	7,50
2144	Eritrociti, dosaggio del sodio o del potassio o del calcio o del magnesio	2,50
2145	Eritropoietina su siero o urine	15,50
2146	Espettorato, esame colturale	17,50
2147	Essudati e trasudati, esame chimico e microscopico (P.S., Rivalta, Dos. Prot.)	6,50
2148	Estradiolo - 17 beta estradiolo	13,50
2149	Estriolo	14,50
2150	Estrogeni totali	14,50
2151	Estrone	20,00
2152	Etanolo	18,50
2153	Etosuccimide (dosaggio farmaco)	14,50
2154	F.D.P. (X.D.P.) plasmatici o urinari	11,00
2155	Farmaci antiinfiammatori, dosaggi (Acetaminofene, paracetamolo, salicilati, etc.)	9,00
2156	Farmaci antitumorali, dosaggio (Ciclofosfamida, metotrexate, etc.)	11,50
2159	Fattore di Necrosi Tumorale (TNF)	20,00
2160	Fattore Natriuretico Atriale	11,50
2161	Fattore piastrinico 4 (PF4)	14,50
2162	Fattore reumatoide o reumatest	5,50
2163	Fattore RH, assetto genico	14,50
2164	Fattori della coagulazione (F, II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII)	14,50
2165	Feci, esame chimico, microscopico e parassitologico	7,50
2166	Feci, esame colturale (coprocoltura)	7,50
2167	Feci, esame parassitologico	4,50
2168	Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)	3,50
2169	Fenilalanina	3,00
2170	Fenitoina (e altri farmaci antiepilettici - Depakin, Tegretol, Zarontin), dosaggio	14,50
2171	Fenobarbitale (dosaggio farmaco)	14,50
2172	Fenoli urinari	9,00
2173	Fenomeno L.E.	6,00
2174	Fenotipo RH (compreso Du)	12,00
2175	Ferritina	13,50
2176	Ferro urinario	4,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2177	Fibrinogeno	4,50
2178	Fibrinopeptide A	24,50
2179	Fibronectina	12,00
2181	Flora microbica, esame microscopico	3,00
2182	Fluoro, dosaggio	14,50
2183	Fosfatasi acida	4,00
2185	Fosfatasi alcalina	3,50
2186	Fosfatasi alcalina isoenzimi (anche leucocitaria)	15,50
2187	Fosfati clearance	4,00
2188	Fosfo esoso isomerasi (PHI)	6,00
2189	Fosfolipasi A	14,50
2190	Fosfolipidemia	4,50
2192	Free beta/MSA-FP screening (13, 2-22, 3 sett.)	138,50
2193	Free beta/PAPP-A screening (8, 5-13, 2 sett.)	138,50
2194	Fruttosamina (Proteine glicate)	8,00
2195	Fruttosio	6,00
2196	FSH (ormone follicolo stimolante)	12,00
2197	Galattosilidrossilisina	26,00
2198	Galattosio	6,00
2199	Galattosio (prova da carico)	9,00
2200	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT)	4,00
2201	Gamma glutamil transpeptidasi isoenzimi (gamma GT)	5,00
2202	Gastrina	17,50
2203	Gastropanel	60,00
2204	Glicemia	2,00
2205	Glicoproteina ricca in istidina	11,50
2206	Glicosuria nelle 24 ore	3,50
2207	Globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG)	17,50
2208	Globulina legante la tiroxina (TBG)	17,50
2209	Glucagone	14,50
2210	Glucosio 6 Fosfato-Deidrogenasi (G 6 PDH)	9,00
2211	Glucosio nel liquido amniotico	2,50
2212	Glutammato deidrogenasi (GLDH)	7,50
2213	Glutazione reductasi	14,50
2214	Gruppo sanguigno ABO e fattore RH (con 2 anticorpi)	10,00
2215	HBSAg con titolazione	20,00
2216	HBV DNA	29,50
2217	HBV DNA - polimerasi	29,50
2218	HBV acidi nucleici, ibridazione	61,50
2219	HCV genotipo	154,50
2220	HCV Riba	103,00
2221	HCV RNA qualitativo	103,00
2222	HCV RNA quantitativo	118,00
2223	HCV sottotipi	103,00
2224	HEV RNA sierico	103,00
2225	HIV RNA sierico	118,00
2226	HIV qualitativo e/o quantitativo	95,00
2227	Herpes simplex, ricerca diretta	12,00
2228	HPL (ormone lattogeno placentare o somatomammotropina)	14,50
2229	HPV (papillomavirus)	42,00
2230	HPV tipizzazione sottotipi	103,00
2232	Identificazione di specificità anti HLA contro pannello linfocitario	107,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2233	Idrossibutirrato deidrogenasi (HBDH)	7,50
2234	Idrossiprolina urinaria	14,50
2235	Idrossitriptamina (Serotonina)	10,00
2236	IGF-1 o IGF-2	17,50
2237	Immuno anti emolisime anti A e/o B	3,00
2238	Immuno anticorpi anti A e/o B ed eventuale titolazione	12,00
2239	Immuno complessi circolanti	14,50
2240	Immuno complessi HBsAg/HBsAb - IgM	20,00
2241	Immuno elettroforesi del siero o delle urine	24,50
2242	Immunoglobuline A secretorie nella saliva o in altri liquidi biologici	14,50
2243	Immunoglobuline E specifiche (RAST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	14,50
2244	Immunoglobuline Ig totali o IgA o IgD o IgG o IgM	9,50
2245	Immunoglobuline IgE totali (PRIST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	13,50
2246	Immunoglobuline IgG sottoclasse 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	19,50
2247	Immunoglobuline linfocitarie di superficie	21,00
2248	Inclusioni eritrocitarie	3,00
2250	Indice di Zoja	14,50
3209	Inibina B	10,00
2251	Inibitore attivatore del plasminogeno (PAI I)	12,00
2252	Insulina	13,50
2253	Interferone	19,50
2254	Interleuchina 2	24,50
3210	Interleuchina 6	25,00
2255	Intradermo reazione di Casoni	10,00
2256	Intradermoreazione alla tubercolina (Tine Test)	6,00
2257	Intradermoreazione con PPD, candida, streptochinasi e MUMPS (ciascuna)	6,50
2258	Iodio	8,00
2259	Isocitrato deidrogenasi sierica (ICDH)	7,50
2260	Latte: esame chimico e microscopico	9,50
2261	Lattico deidrogenasi (LDH)	4,50
2262	Lattico deidrogenasi isoenzimi	8,00
2263	Lattosio	6,00
2264	LE test	6,00
2265	Leucin Aril Peptidasi (LAP)	7,50
2266	Levodopa	9,00
2267	LH	13,50
2268	Lipasi	7,50
2269	Lipemia	4,50
2270	Lipoproteina A	19,50
2271	Lipoproteina X	14,50
2272	Liquido amniotico, esame colturale	17,50
2273	Liquido amniotico, fosfolipidi o rapporto lecitina/sfingomieline	17,50
2274	Liquido cefalo rachidiano, esame chimico, microscopico e morfologico	10,00
2275	Liquido cefalo-rachidiano, esame colturale	17,50
2276	Liquido seminale, esame colturale	13,50
2277	Liquido seminale, esame con indice di fertilità e determinazioni biochimiche	14,50
2278	Liquido sinoviale, esame chimico, fisico e microscopico	3,00
2279	Lisozima	9,50
2280	Litio	3,50
2281	LSD	18,00
2282	Lupus anti coagulante (LAC)	7,50
2283	Magnesio s/u	4,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2284	Malato deidrogenasi sierica (MDH)	7,50
2285	Manganese	17,50
2286	Meconio - esame	4,50
2287	Melanuria	9,50
2288	Mercurio	14,50
2289	Metadone	12,00
2290	Metaemoglobina o solfoemoglobina	8,00
2291	Metanefrine urinarie	14,50
2292	Miceti, esame colturale (compresa ricerca ed identificazione)	14,00
2293	Micoplasmi urogenitali (ricerca ed identificazione)	18,00
2294	Microalbuminuria, clinostatismo o ortostatismo	8,00
2296	Microarray proteomico per IgE specifiche (qualsiasi numero di determinazioni)	117,50
2297	Midollo osseo, esame colturale	18,00
2298	Midollo osseo, esame per apposizione e/o striscio (caratterizzazione di cellule patologiche con reazioni citochimiche e citoenzimatiche)	14,50
2299	Mioglobina (dosaggio)	9,00
2300	Monomeri solubili di fibrina (FS test)	6,00
2301	Mononucleosi (Monotest)	6,00
2302	Mucopolisaccaridi urinari (glicosamminoglicani)	7,50
2303	Mucoprotidemia	7,50
2304	Neopterina	6,00
2305	Nitrati urinari	6,00
2306	Noradrenalina plasmatica	12,00
2307	Noradrenalina urinaria	12,00
2308	Omocisteina	17,00
2310	Oppiacei (droghe d'abuso)	14,50
3211	Ormone antimulleriano	10,00
2311	Ornitil carbamil trasferasi (OCT)	9,00
2312	Osmolarità plasmatica o urinaria	9,00
2313	Ossalati	14,50
2314	Ossitocina	14,50
2315	Osteocalcina	14,50
2316	Pannello di Torch (toxo, cito, rubeo, herpes) IgG o IgM	49,00
2317	PAP (marcatore tumorale)	12,50
2318	Parassita malarico o altri parassiti nel sangue	4,50
2319	Paratormone (PTH)	13,50
2320	Paratormone related peptide	7,50
2321	PCA3	40,00
2322	Peli e squame cutanee, esame per micosi	3,00
2323	Pepsinogeno I	14,50
2324	PH ematico (unico esame)	10,50
2325	Phadiatop	11,00
2326	Piombo	14,50
2327	Piridinolina (HP) - Deossipiridinolina (LP) - ciascuna	14,50
2328	Piruvatokinasi eritrocitaria	8,00
2329	Plasmina sierica	12,00
2330	Plasminogeno	12,00
2331	Polipeptide intestinale vasoattivo (VIP)	7,00
2332	Polipeptide pancreatico sierico (PP)	7,00
2333	Porfirine, ricerca qualitativa e quantitativa	16,50
2334	Porfirine, totali	7,50
2335	Porfobilinogeno urinario	10,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2336	Prealbumina plasmatica	5,00
2337	Pregnandiolo	14,50
3212	Pregnenolone Solfato	14,00
2338	Pregnantriolo	14,50
2339	Primidone (dosaggio farmaco)	14,50
2340	Procalcitonina	14,50
2341	Progesterone	12,50
2342	Prolattina (PRL)	12,00
2343	Prostaglandina	15,00
2344	Proteina C anticoagulante	11,00
2345	Proteina C plasmatica	10,00
2346	Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa)	4,00
2347	Proteina cationica degli eosinofili (ECP)	28,50
2348	Proteina di Waldestrom	4,00
2349	Proteina S antigene plasmatica, libera o totale	12,50
2350	Proteine totali nel liquido amniotico	3,50
2351	Proteine urinarie (dosaggio)	3,50
2352	Proteinemia totale	3,50
2353	Protoporfirina IX eritrocitaria	9,50
2354	Protoporfirine totali	9,50
2355	Protrombina, frammenti 1, 2	5,50
2357	Prova crociata di compatibilità trasfusionale	10,00
2358	Prova crociata piastrinica	7,00
2359	Prova da carico con amminoacidi	8,00
2360	Prova da carico vitamina K	8,00
2361	Prova di compatibilità molecolare pre-trapianto	135,00
2362	Prova di compatibilità sierologica pre-trapianto	64,50
2363	Prove emogeniche (tempo di stillicidio, tempo di coagulazione, fragilità capillare, etc.)	4,50
2364	Purine e loro metaboliti	13,00
2365	Rame (cupremia)	6,00
2366	Reazione di Paul-Bunnell	4,50
2367	Reazione di Waaler-Rose	6,50
2368	Reazione di Wasserman	9,00
2369	Reazione di Wasserman + 2 reazioni di flocculazione	10,00
2370	Reazione immunologica di gravidanza	4,50
2371	Recettori degli estrogeni o del progesterone, dosaggio	18,00
2372	Renina o angiotensina II	14,50
2373	Resistenze osmotiche eritrocitarie (test di Simmel)	6,00
2374	Reticolociti, conteggio (unico esame)	3,00
2375	Retrazione del coagulo	2,50
2376	Ricerca rosette E	9,50
2377	Rotavirus, ricerca nelle feci	6,50
2378	Salicilato	9,50
2379	Schema di Arneith (unico esame)	2,50
2380	Scotch test (ricerca uova ossiuri)	6,00
2383	Sideremia	4,00
2384	Solfati urinari	10,00
2385	Somatomedina	17,50
2386	Somatostatina	14,50
2387	Sorbitolo deidrogenasi	6,50
2388	Sostanza amiloide, ricerca	4,00
2389	Spirocheta, esame microscopico	4,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2390	Stafilococchi e streptococchi, esame colturale	6,00
2391	STH (ormone somatotropo plasmatico o urinario)	14,50
2392	Streptozyme, test	9,00
2393	Succo duodenale, esame chimico e microscopico	14,50
2394	Succo gastrico, esame chimico e microscopico	14,50
2395	T3 reverse	14,50
2396	T3 uptake	14,50
2397	Tampone auricolare (monolaterale), esame colturale	17,50
2398	Tampone congiuntivale (monolaterale), esame colturale	17,50
2399	Tampone nasale, esame colturale	17,50
2400	Tampone orofaringeo, esame colturale	9,00
2401	Tampone uretrale, esame colturale	14,50
2402	Tampone vaginale, esame colturale	14,50
2403	Telopeptidi	21,50
2404	Tempo di consumo di protrombina	3,50
2405	Tempo di lisi del coagulo o fibrinolisi	7,50
2406	Tempo di lisi euglobulinica	3,00
2407	Tempo di protrombina (PT)	3,50
2408	Tempo di protrombina parziale (PTT)	3,50
2409	Tempo di protrombina residua	9,50
2410	Tempo di ricalcificazione (Howell)	4,50
2411	Tempo di trombina (TT)	4,50
2412	Tempo di tromboplastina attivata (aPTT)	7,00
2413	Teofillina	14,50
2414	Test alla Bromocriptina	34,50
2415	Test alla metacolina	49,00
2416	Test alla secretina	49,00
2417	Test alla Tolbutamide	49,00
2418	Test del sudore, stimolo con pilocarpina (dosaggio cloro, sodio e potassio)	9,50
2419	Test di adesività piastrinica	12,00
2420	Test di aggregazione piastrinica	9,00
2421	Test di autoemolisi	6,00
2422	Test di HAM	6,00
2423	Test di Kleihauer (ricerca di emazie fetali)	3,00
2424	Test di Coombs Moreschi diretto	6,00
2425	Test di Coombs Moreschi indiretto	8,50
2426	Test di Kweim (sarcoidosi)	9,50
2427	Test di falcizzazione	4,00
2428	Test di Little-Katz (leucocituria dopo predivisione)	3,00
2429	Test di Nelson Mayer o di immobilizzazione	14,50
2430	Test di Nordin	20,50
2431	Test di resistenza alla proteina C attivata	11,00
2432	Test di Stamey	7,50
2433	Test di stimolazione di STH (GH) - 5 dosaggi	41,00
2434	Test di stimolazione con ACTH (o test al Synacthen) rapido (tre dosaggi)	36,50
2435	Test di stimolazione linfocitaria (fitoemoagglutinazione o altro) - blastogenesi	28,50
2436	Testosterone libero	14,00
2437	Test di Thorn con stimolo con ACTH	18,00
2438	Testosterone plasmatico o urinario	13,50
2439	Tipizzazione antigeni A-B-0	8,00
2440	Tipizzazione biochimica o sierologica di germi o salmonelle	12,00
2441	Tipizzazione di cellule emopoietiche (fino a 6 antigeni)	13,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2444	Tipizzazione linfocitaria (qualsiasi numero di sottopopolazioni)	82,50
2445	Tipizzazione sierologica HLA classe I e II	190,00
2446	Tireoglobulina	10,50
2447	Tiroxina libera (FT4)	10,50
2448	Tiroxina totale (T4)	11,50
2449	Titolo anti stafilococcico (TAF)	4,00
2450	Titolo anti streptococcico	7,00
2451	Titolo anti streptolisinico	7,00
2452	Titolo anti streptolisinico (TAS o ASLO)	7,00
2453	TPHA	7,00
2454	Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) o glutammico piruvica (GPT)	3,00
2455	Transcobalamina	18,50
2456	Transferrina (capacità ferro legante)	6,00
2457	Transferrina carboidrato carente (CDT)	11,00
2458	Transferrina totale	8,50
2459	Transglutaminasi tissutale (tTG)	17,50
2460	Trichomonas: ricerca	6,00
2461	Trigliceridi	3,50
2462	Triiodotironina libera o totale (FT3 o T3)	10,50
2463	Triiodotironina uptake (T3 uptake)	12,00
2464	Tripsina s/u	12,00
2465	Tritest o bitest	51,50
2466	Trombina - Antitrombina III complesso (TAT)	3,00
2467	Trombina coagulasi	3,00
2468	Tromboelastogramma	9,50
2469	Trombossano B2	6,50
2470	Troponina I o T cardio specifico	21,00
2471	TSH (ormone tireotropo)	11,50
2472	Uratil clearance	4,50
2473	Urea, clearance	3,50
2474	Uricemia	2,50
2475	Uricuria nelle 24 ore	3,00
2476	Urine, esame chimico e microscopico completo	3,00
2477	Urine, esame parziale (acetone e glucosio quant.)	1,50
2478	Urine: prova di concentrazione e/o diluizione (come unico esame)	3,00
2479	Urinocoltura	11,50
2480	Uroporfirine	10,00
2481	Valore ematocrito (unico esame)	1,00
2482	VDRL	3,50
2483	Velocità di sedimentazione delle emazie	2,50
2484	Vibrione colerico nelle feci (ricerca diretta)	6,50
2485	Virus esame colturale	34,50
2486	Virus ibridazione acidi nucleici	71,00
2487	Virus respiratorio sinciziale (ricerca diretta)	18,50
2488	Viscosità ematica	32,00
2489	Viscosità plasmatica	7,50
2490	Vitamina A (retinolo)	14,50
2491	Vitamina B12 o Folati (acido folico)	14,50
2492	Vitamina B6	15,00
2493	Vitamina D (1-25 OH)	19,50
2494	Vitamina D3 (25 OH Vit. D3)	19,50
2495	Vitamine liposolubili o idrosolubili, dosaggio plasmatico	12,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2496	Weil-Felix, (tifo petecchiale) agglutinazione per	9,50
2497	Western Blot - Test di conferma per infezioni virali	129,00
2498	Widal (tifo e paratifo A e B), agglutinazione per	12,00
2499	Widal-Wright (tifo, paratifo e melitense), agglutinazione per	7,50
2500	Xilosio	12,00
2501	Zinco (o altri metalli non specificati - alluminio, nichel, selenio, etc.), dosaggio	8,00
2502	Zincoprotoporfirina	10,50

### Markers Tumorali

#### Premesse specifiche di branca:

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
1971	Antigene carboidratico (Ca 15.3, Ca 19.9, Ca 50, Ca 54.9, Ca 72.4, Ca 125, Ca 195, CyFra 21, MCA, NSE, TA4 o SCC)	15,00
1974	Antigene carcino embrionario (CEA)	12,00
1979	Antigene polipeptico tissutale (TPA) specifico (TPS)	14,50
1980	Antigene prostatico specifico (PSA)	10,00
1981	Antigene prostatico specifico libero (Free-PSA)	15,00
2029	Cam 26 o cam 29 (marcatore tumorale)	29,00
2047	CD 95 attivato	17,50
2102	Cromogramina sierica	17,50
2184	Fosfatasi acida prostatica (enzimatica)	4,50

### Biologia molecolare

#### Premesse specifiche di branca:

La "visita medica genetica (genetica clinica)" non è associabile/assimilabile alla "visita specialistica" di cui al codice 1 del Nomenclatore-Tariffario vigente. E' rimborsabile solo se prescritta da medico chirurgo specializzato e se finalizzata a sua volta alla prescrizione di test genetici oncologici e/o pre-natali e/o post natali. Ai fini del rimborso, è pertanto necessario inoltrare la prescrizione medica e la conseguente prescrizione di test genetici da parte dello specialista in genetica clinica.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3213	Visita medica genetica (genetica clinica) - (obblighi: presentazione della prescrizione medica specialistica; presentazione della prescrizione di test genetici come da premesse)	51,00

### Test farmacogenetico

#### Premesse specifiche di branca:

La presente sezione è dedicata ai pazienti oncologici, pertanto le prestazioni indicate non sono applicabili alla ricerca e sperimentazione clinica.

Per il rimborso delle prestazioni è necessario inoltrare la prescrizione medica dello specialista in oncologia (non sono previste altre possibilità) che riporti la diagnosi e il relativo dettaglio e nel caso di "Test farmaco genetico di



precisione su DNA e RNA" anche la copia del referto del laboratorio che ha eseguito l'esame (indipendentemente se il test è stato analizzato in Italia o all'estero).

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3214	Test farmacogenetico antiblastico mirato (qualsiasi numero di geni) - (obbligo di prescrizione medica)	250,00
3215	Test farmacogenetico di precisione su DNA e RNA per individuare la terapia antitumorale di seconda linea più efficace (obblighi: presentazione di relazione medica dettagliata relativa alla specifica richiesta; presentazione del referto del laboratorio che esegue l'esame)	1.000,00

### Citogenetica (pre-natale e post-natale)

#### Premesse specifiche di branca:

Sono rimborsabili esclusivamente gli esami di citogenetica pre-natale e post-natale di seguito riportati, nei limiti indicati e comunque solo dietro prescrizione del Medico Chirurgo specializzato in genetica medica (genetica clinica). Non sono previste altre possibilità.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2033	Cariotipo da linfociti su sangue periferico	92,50
2034	Cariotipo da aspirato midollare	126,50
2037	Cariotipo da fibroblasti	84,00
2039	Cariotipo fetale su liquido amniotico (incluso dosaggio alfafetoproteina)	118,00
2040	Cariotipo su materiale abortivo	139,00
2038	Cariotipo da linfociti fetali su sangue periferico	84,00
2035	Cariotipo da cellule del trofoblasto coriale	121,50
1858	Analisi citogenetica per ricerca di siti fragili, scambi di cromatidi fratelli, patologia da fragilità cromosomica (1 volta l'anno)	154,00
1859	Analisi citogenetica per studio mosaicismi cromosomici, riarrangiamenti cromosomici indotti (1 volta l'anno)	146,00

### Genetica molecolare

#### Premesse specifiche di branca:

Le prestazioni della presente sezione sono rimborsabili esclusivamente dietro presentazione della prescrizione rilasciata da un Medico-Chirurgo specializzato in Genetica Medica (genetica clinica) oppure in Oncologia (non sono previste altre possibilità). Poiché il risultato di molti esami non varia con il passare del tempo, si raccomanda la conservazione degli esiti. La conservazione del risultato degli esami è a cura dell'assistito.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2013	Biologia molecolare, qualsiasi tipo di ricerca (1 volta l'anno)	68,00
2109	DNA, analisi mutazionale di malattia (Rimborso non ripetibile)	120,00
1990	APC gene (poliposi familiare del colon) (Rimborso non ripetibile)	70,00
3216	Delezioni cromosoma Y (Rimborso non ripetibile)	70,00
3217	DNA analisi mediante sequenziamento per linfoma a cellule B (FR2A-VLJH) (FR3A-VLJH)	150,00
3218	DNA analisi mediante sequenziamento per linfoma a cellule T	150,00
3219	DNA traslocazione 14;18 (BCL2-MBR-MCR) (Rimborso non ripetibile)	150,00
2127	Emofilia A e B (Rimborso non ripetibile)	138,50

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2356	Fattore II/Protrombina, mutazioni (Rimborso non ripetibile)	58,00
2157	Fattore V mutazioni di (Leiden, Cambridge, Hong Kong) (Rimborso non ripetibile)	68,00
3220	Fibrosi cistica (almeno 36 mutazioni), Atrofia muscolo spinale (SMA), Sordità congenica (connessina26/30), Distrofia muscolare di Duchenne e Beker, X Fragile (donna) (Rimborso non ripetibile)	300,00
3221	Fibrosi cistica (almeno 36 mutazioni), Atrofia muscolo spinale (SMA), Sordità congenica (connessina26/30), Distrofia muscolare di Duchenne e Beker (uomo) (Rimborso non ripetibile)	200,00
2180	Fibrosi cistica (studio delle mutazioni), screening I livello (50 o più mutazioni) (1 volta l'anno)	138,50
3222	Fibrosi cistica di II livello con metodica NGS (Rimborso non ripetibile)	250,00
2191	Fragilità cromosomica (Rimborso non ripetibile)	131,00
2231	Ibridazione in situ su metafasi e/o nuclei interfascici, tessuti (FISH)	208,00
2249	Indagini genetiche per atrofie e distrofie muscolari, malattia di Hundigton, sindrome di Angelman o di Prader-Willi (Rimborso non ripetibile)	154,00
2295	Microarray (Array CGH), screening genetico in pazienti oncologici (qualsiasi numero di determinazioni)	450,00
3223	Mutazione BRCA 1 o 2 - test mirato per familiarità (Rimborso non ripetibile)	70,00
3224	Mutazione C-KIT	70,00
3225	Mutazione JAK2 V617F	70,00
3226	Mutazione PDGFRA	70,00
3227	Mutazione PIK3CA	70,00
3228	Mutazioni emocromatosi	70,00
3229	Mutazioni gene BRAF	70,00
3230	Mutazioni gene EGFR	70,00
3231	Mutazioni gene KRAS	70,00
2309	Mutazione MTHFR	67,00
3232	QFPCR Analisi di genetica molecolare per le aneuploidie cromosomiche più comuni (13, 18, 21, X-Y) (Rimborso non ripetibile)	100,00
3233	Riarrangiamenti (delezione e duplicazioni) di altri geni umani mediante MLPA	150,00
3234	Riarrangiamenti BRCA 2 mediante MLPA	150,00
3235	Riarrangiamenti BRCA1 mediante MLPA	150,00
2381	Screening per anemia falciforme (Rimborso non ripetibile)	130,00
2382	Screening per talassemia Tay Sachs (Rimborso non ripetibile)	130,00
3236	Studio mutazionale dei geni BRCA 1 o 2 con metodica NGS	250,00
3237	Test predisposizione genetica alla celiachia HLA-DQA1, HLA-DQB1, HLA-DRB (Rimborso non ripetibile)	200,00
2442	Tipizzazione genomica HLA-A, HLA-B, HLA-C ciascuna (solo in caso di trapianto d'organo documentabile)	96,00

## Esami cito/istologici/immunoistochimici

### Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

### Esami citologici

#### Premesse specifiche di branca:

Si specifica che, nell'ambito del presente Nomenclatore – Tariffario, l'esame "Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test)" è rimborsabile sia nel caso del Pap Test standard sia nel caso di esame "Thin Prep".

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2701	Citologico (striscio) per ricerca batteriologica vaginale (unico esame)	14,00
2702	Citologico per diagnostica ormonale	9,00
2703	Citologico per diagnostica tumorale (broncoaspirato, espettorato, liquidi sinoviali o liquidi biologici, salvo urine)	46,00
2704	Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale	19,00
2705	Citologico per diagnostica tumorale urine (1 campione)	30,00
2706	Citologico per diagnostica tumorale urine (3 campioni)	54,00
2707	Citologico su agoaspirati mammari, tiroidei o linfoghiandolari	48,00
2708	Citologico testicolare	30,00

### Esami istologici/immunoistochimici

#### Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.

Per "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" si intende l'esame effettuato su una singola parte anatomica/neoformazione mentre, "Istologico, ogni inclusione in più" si intende, correlato al "Istologico (1 parte anatomica o neoformazione)" e quindi l'ulteriore l'esame effettuato su campioni parziali dello stesso, secondo il seguente esempio: data 1 neoformazione, si effettua "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)", vengono effettuati 2 ulteriori istologici di parte/frammenti di questa medesima neoformazione, si effettuano dunque n°2 "istologici, ogni inclusione in più"; date 2 neoformazioni diverse, si effettua l'esame istologico di entrambe le neoformazioni, ovvero si effettuano n°2 "istologico (1 parte anatomica o neoformazione)".

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2709	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1)	41,00
2710	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo	22,00
2711	Immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma	203,00
2712	Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare	42,00
2713	Istologico (1 per parte anatomica o neoformazione)	53,00
2714	Istologico, ogni inclusione in più	22,00
2715	Istologico durante intervento (estemporaneo) (1 per parte anatomica o neoformazione)	135,00
2716	Istologico durante intervento (estemporaneo) (ogni inclusione in più)	36,00

### Prelievi

#### Premesse specifiche di branca:

Si precisa che il prelievo è compreso nelle prestazioni stesse, non è pertanto rimborsabile (o imputabile dalle Strutture Sanitarie convenzionate) come voce a se stante, neanche se rientrante all'interno del ticket (in caso di prestazioni in convenzione con il S.S.R). L'eventuale richiesta di prelievo domiciliare, come voce aggiuntiva all'esame stesso e limitatamente a quelli previsti dal Nomenclatore – Tariffario in vigore all'atto del saldo, deve chiaramente risultare esposta all'interno della prescrizione medica e deve essere coerente con la patologia, ovvero deve risultare compatibile con il quadro clinico che ha reso necessario il prelievo presso il domicilio.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2717	Prelievo arterioso a domicilio	24,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2718	Prelievo venoso o capillare a domicilio	12,00
2719	Prelievo di succo duodenale	30,00
2720	Prelievo di succo gastrico	25,00
2721	Prelievo prostatico a domicilio	27,00
2722	Prelievo rettale a domicilio	17,00
2723	Prelievo secrezione uretrale o vaginale a domicilio	17,00

## Cardiologia

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe descritte comprendono, sempre, l'uso delle apparecchiature e dei compensi professionali. L'e.c.g. di base necessita sempre della prescrizione medica con diagnosi certa o presunta, salvo l'esecuzione dello stesso in corso di visita cardiologica, in tal caso, sarà sufficiente la refertazione del professionista.

Si precisa che i "Test ergometrici" sono comprensivi dell'e.c.g. di base.

Nessun rimborso è previsto per accertamenti eseguiti al fine di rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva, ecc.).

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2724	Cardiotocografia (come unico esame)	30,00
2725	Cardiotocografia (durante la visita)	25,00
2726	E.C.G. di base	29,00
2727	E.C.G. di base e dopo sforzo (test di Master)	67,00
2728	E.C.G. di base e dopo sforzo Treadmill	67,00
2729	E.C.G. dinamico secondo Holter (24 h)	90,00
2730	E.C.G. domiciliare	46,00
2731	Monitoraggio della pressione arteriosa dinamico continuo (24 h)	90,00
2732	Studio elettrofisiologico transesofageo diagnostico o terapeutico	280,00
2733	Test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) compreso onorario professionale	90,00
2734	Test ergometrico (prova da sforzo con cicloergometro o al tappeto rotante) con determinazione consumo di O2 compreso onorario professionale	110,00
2735	Tilt test	145,00

## Diagnostica per immagini

### Angiografia

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-radiologica-anestesiologica, del personale tecnico/ausiliario, il contrasto, le radiografie necessarie (complete delle proiezioni e del numero di radiogrammi necessari).

I materiali speciali ed eventuali medicinali sono regolamentati secondo quanto descritto nella relativa sezione D.

Per ogni ulteriore prestazione oltre la prima nel corso della stessa seduta si intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i).

Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un arto o di un metamero spinale.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2736	Angiografia carotidea o vertebrale intracranio	776,00
2737	Angiografia midollare (1 distretto)	504,00
2738	Angiografia midollare (2 distretti)	708,00
2739	Angiografia midollare (3 distretti o completa)	805,00
2740	Arteriografia aorta addominale o aorta toracica	824,00
2741	Arteriografia aorta addominale + arteriografia selettiva	1.067,00
2742	Arteriografia aorta addominale + iliaca ed arti inferiori	1.067,00
2743	Arteriografia arco aortico e vasi epiaortici	746,00
2744	Arteriografia arco aortico, vasi epiaortici e aorta toracica (compresi arti superiori)	902,00
2745	Arteriografia arto inferiore monolaterale (unico esame)	485,00
2746	Arteriografia iliaca e arterie femorali compresi arti inferiori	824,00
2747	Arteriografia polmonare	601,00
2748	Arteriografia polmonare e cavografia	611,00
2749	Arteriografia total body dell'aorta (distretto sopraortico-toracico-addominale)	1.261,00
2750	Cavografia inferiore o superiore	611,00
2751	Controllo TIPS	368,00
2752	Flebografia arti superiori e cavografia	611,00
2753	Flebografia arti superiori o inferiori	349,00
2754	Flebografia dell'orbita	252,00
2755	Flebografia di un arto	252,00
2756	Flebografia ovarica monolaterale	291,00
2757	Flebografia ovarica bilaterale	499,00
2758	Flebografia spermatica monolaterale	499,00
2759	Flebografia spermatica bilaterale	601,00
2760	Flebografia spinale	417,00
2761	Linfografia	291,00
2762	Panangiografia cerebrale	1.649,00

### Ecografia

#### Premesse specifiche di branca:

Tutte le prestazioni si considerano eseguite con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto, sono comprensive di medicinali/farmaci. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini presenti nella sezione di diagnostica vascolare, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (applicato sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Gli esami sono comprensivi dell'eventuale assistenza anestesilogica e, laddove specificato nel codice prestazione, si intende comprensivo anche del mezzo di contrasto. Per addome superiore si intende: fegato, pancreas, milza, vasi addominali. Per addome inferiore-pelvi si intende: reni, vescica, prostata e vescicole seminali (per uomo); reni, utero, annessi, vescica (per donna). Per le ecografie linfonodali, si specifica che viene riconosciuto 1 esame per distretto linfonodale, indipendentemente se trattasi di esame monolaterale o bilaterale (esempio: ecografia linfonodi ascellari corrisponde ad 1 unico codice 2779 ecc.). L'ecografia epatica non si somma all'esame Fibroscan, presente nella sezione di diagnostica vascolare.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2763	Addominale inferiore-pelvi (esame completo)	62,00
2764	Addominale superiore (esame completo)	74,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2765	Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)	87,00
2766	Ciclo ovarico (fino ad 8 esami)	223,00
2767	Ecocardiogramma doppler o color Doppler transesofageo	247,00
2768	Ecocardiogramma M Mode 2D	73,00
2769	Ecocardiocolordoppler fetale	106,00
2770	Ecocardiogramma M Mode 2D doppler e color Doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	116,00
2771	Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	97,00
2772	Ecografia endobronchiale	649,00
2773	Ecografia in gravidanza flussimetrica (non si somma alla normale ecografia in gravidanza)	90,00
2774	Ecografia in gravidanza morfologica (non si somma alla normale ecografia in gravidanza)	90,00
2775	Ecografia intraoperatoria per qualsiasi intervento	87,00
2776	Ecografia intravascolare (IVUS) per qualsiasi intervento	750,00
2777	Esame in gravidanza anche gemellare (qualsiasi settimana)	67,00
2778	Ecografia in gravidanza con translucenza nucale	90,00
2779	Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali - Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria- Pancreatica - Parti molli - Pelvica (utero, annessi e vescica) - Piena - Prostatica e vescicale, sovrapubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)	50,00
2780	Esame ecografico a letto del paziente (oltre l'esame) – in regime di ricovero notturno	45,00
2781	Isterosonosalpingografia o sonosalpingografia (compreso mezzo di contrasto)	120,00
2782	Prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale	77,00
2783	Renale, surrenale bilaterale e vescica	60,00
2784	Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto	74,00
2785	Transesofagea per gastroenterologia	145,00
2786	Transfontanelle encefaliche	77,00
2787	Transvaginale con eventuale color Doppler	63,00
2788	Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale	97,00

### Mineralometria - Densitometria ossea

#### Premesse specifiche di branca:

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2789	Densitometria lombare con T.C.	70,00
2790	Densitometria total body	70,00
2791	Mineralometria ossea computerizzata (un segmento o tratto)	50,00
2792	Mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body)	72,00

### Radiologia tradizionale

#### Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono completi di tutte le proiezioni, radiogrammi necessari, qualsiasi contrasto utilizzato e/o insufflazione gassosa e di qualsiasi prestazione professionale medica e/o tecnica necessaria, compresa assistenza per scopia.

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Si precisa che l'esame "bacino per anche" corrisponde ad un unico codice di radiografia bacino e non si somma al codice di radiografia anca. Lo studio delle "anche" o "studio comparativo dell'anca" non è assimilabile al "bacino per anche" e corrisponde alla somma di radiografia "anca destra" e radiografia "anca sinistra".

Gli esami radiologici, effettuati da Odontoiatra o Struttura odontoiatrica, sono richiedibili solo nell'ambito della specifica procedura odontoiatria (vedi Guida Odontoiatria).

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2793	Addome: esame diretto	36,00
2794	Apparato genitale femminile, esame diretto	36,00
2795	Apparato genitale maschile, esame diretto	36,00
2796	Apparato urinario, esame diretto	36,00
2797	Arti ed articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca	34,00
2798	Arti ed articolazioni: polso, mano, caviglia, piede, dita	29,00
2799	Arti inferiori sotto carico con bacino	79,00
2800	Articolazione temporo-mandibolare, esame diretto	32,00
2801	Artrografia	116,00
2802	Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale	87,00
2803	Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)	121,00
2804	Bacino	34,00
2805	Broncografia, monolaterale o bilaterale	164,00
2806	Cavernosografia	116,00
2807	Cavernosografia con manometria	169,00
2808	Cistografia	87,00
2809	Cistografia con doppio contrasto	101,00
2810	Cistouretrografia minzionale	130,00
2811	Clavicola	34,00
2812	Clisma opaco con doppio contrasto	129,00
2813	Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria	67,00
2814	Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)	116,00
2815	Colangiografia intra operatoria	121,00
2816	Colangiografia percutanea	281,00
2817	Colangiografia retrograda	180,00
2818	Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)	388,00
2819	Colecistografia per os con o senza prova di Bronner	67,00
2820	Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)	38,00
2821	Colonna vertebrale completa	77,00
2822	Colonna vertebrale completa piu' bacino sotto carico	87,00
2823	Colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)	34,00
2824	Colpo-cisto-defecografia	150,00
2825	Corpi estranei, localizzazione	34,00
2826	Cranio e/o seni paranasali	42,00
2827	Dacriocistografia	116,00
2828	Defecografia	116,00
2829	Derivazioni liquorali, controllo radiologico	25,00
2830	Determinazione diametri pelvici	34,00
2831	Emimandibola	28,00
2832	Esame radiologico a domicilio del paziente (oltre l'esame)	106,00
2833	Esame radiologico a letto del paziente (oltre l'esame) - in regime di ricovero notturno	43,00
2834	Esame radiologico in sala operatoria (oltre l'esame)	53,00
2835	Esofago con contrasto opaco	58,00
2836	Esofago con doppio contrasto	67,00
2837	Età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.)	23,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2838	Faringe: esame diretto	29,00
2839	Faringografia opaca	77,00
2840	Fistolografia	111,00
2841	Forami ottici	36,00
2842	Galattografia	116,00
2843	Ghiandole salivari, esame diretto	36,00
2844	Ginocchio sotto carico	34,00
2845	Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo	145,00
2846	Laringe, esame diretto	32,00
2847	Laringografia opaca	87,00
2848	Mammografia monolaterale	54,00
2849	Mammografia bilaterale	74,00
2850	Mastoide	38,00
2851	Mielografia cervicale o dorsale	174,00
2852	Orbita, esame diretto	34,00
2853	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie	25,00
2854	Ossa nasali, esame diretto	34,00
2855	Piedi sotto carico	40,00
2856	Pielografia retrograda monolaterale	116,00
2857	Pielografia retrograda bilaterale	145,00
2858	Pielografia transpielostomica	72,00
2859	Pielouretrografia percutanea	194,00
2860	Pneumocistografia mammaria	87,00
2861	Radicolografia	174,00
3238	Radiografia del pezzo operatorio (qualsiasi organo o tessuto) omnicomprensivo	38,00
2862	Regione vescicale, esame diretto	36,00
2863	Rocche petrose	34,00
2864	Rotula	29,00
2865	Rotula assiali a 30°, 60°, 90°	53,00
2866	Scapola	32,00
2867	Scheletro toracico costale monolaterale	36,00
2868	Scheletro toracico costale bilaterale	55,00
2869	Scialografia	89,00
2870	Sella turcica, esame diretto	29,00
2871	Spalla	32,00
2872	Spalla sotto carico	38,00
2873	Sterno	36,00
2874	Stomaco con doppio contrasto	106,00
2875	Stomaco, duodeno	74,00
2876	Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale	63,00
2877	Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale	77,00
2878	Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione	77,00
2879	Stratigrafia del mediastino	77,00
2880	Stratigrafia del torace, monolaterale	77,00
2881	Stratigrafia del torace, bilaterale	87,00
2882	Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti	75,00
2883	Studio dei tempi di transito intestinale	106,00
2884	Studio selettivo ultima ansa	48,00
2885	Telecuore con esofago baritato	45,00
2886	Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	37,00
2887	Tenue a doppio contrasto con studio selettivo	194,00
2888	Tenue, esame seriato	135,00



Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2889	Tessuti molli, esame diretto	36,00
2890	Tiroide, esame diretto	36,00
2891	Tiroide, esofagogramma cervicale	43,00
2892	Torace tradizionale o equalizzato e/o telecuore	33,00
2893	Trachea, esame diretto	23,00
2894	Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)	100,00
2895	Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)	82,00
2896	Tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)	145,00
2897	Uretrocistografia ascendente e minzionale	130,00
2898	Urografia (esame completo)	194,00
2899	Vasi, esame diretto	29,00
2900	Vescicolo deferentografia	210,00

### Risonanza Magnetica Nucleare

#### Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono completi di tutte le sequenze di acquisizione necessarie, della prestazione anestesiológica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente dal numero di esami eseguiti nella medesima seduta).

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un metamero spinale o di un arto.

Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione.

Si precisa che gli esami "Total Body" comprendono anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "R.M. Collo". Altresì si precisa che, anche per questa edizione del Nomenclatore - Tariffario, l'esame "Cine R.M. Cuore" è riconosciuto come "R.M. Cuore", non è pertanto assimilabile all'esame "Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni".

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore - Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2901	Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	75,00
2902	Angio R.M. (qualsiasi distretto vascolare - a distretto, salvo i casi descritti)	300,00
2903	Angio R.M. circolo endocranico, incluso R.M. encefalo	300,00
2904	Angio R.M. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	300,00
2905	Angio R.M. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	300,00
2906	ATM bilaterale	200,00
2907	Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni	350,00
2908	Colangio e/o Wirsung RMN, incluso studio addome superiore	270,00
2909	R.M. addome superiore e inferiore - pelvi	300,00
2910	R.M. addome superiore o inferiore - pelvi	240,00
2911	R.M. articolazione ed 1 segmento osseo (ginocchio - spalla - gomito - collo piede - etc.)	160,00
2912	R.M. ogni articolazione e segmento osseo oltre al primo	80,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2913	R.M. encefalo e/o ipofisi	232,00
3239	R.M. bacino	200,00
3240	R.M. collo o massiccio facciale o faringe o nervi acustici	200,00
3241	R.M. torace e mediastino	240,00
3242	R.M. mammella bilaterale	200,00
2914	R.M. cuore	349,00
2915	R.M. con bobina transrettale, compresa spettroscopia	280,00
2916	R.M. fetale	280,00
2917	R.M. rachide e midollo spinale (1 tratto)	180,00
2918	R.M. rachide e midollo spinale (2 tratti)	280,00
2919	R.M. rachide e midollo spinale (3 tratti)	380,00
2920	R.M. Total body per ricerca lesioni focali: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	485,00
2921	Scialo-R.M.	240,00
2922	Studio dei flussi liquorali cerebrali, incluso R.M. encefalo	450,00
2923	Uro-R.M., compreso lo studio dell'addome	280,00
3243	PET-RM qualsiasi distretto (compreso radioisotopo ed eventuale trasporto)	900,00

### Tomografia Assiale Computerizzata

#### Premesse specifiche di branca:

Gli esami si intendono completi dello scanogramma e delle scansioni necessarie della prestazione anestesiológica (indipendentemente dalla tipologia di anestesia o sedazione) ove necessaria e di eventuali altri operatori medici e/o tecnici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50% (sull'esame/i meno oneroso/i). Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della relativa tariffa descritta per il contrasto (sarà riconosciuto un solo codice relativo al mezzo di contrasto indipendentemente da numero di esami eseguiti nella medesima seduta).

Per segmenti ossei s'intendono: grandi (femore, omero, tibia); medi (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone); piccoli (i restanti).

Per articolazioni o distretti articolari s'intendono: grandi (anca, ginocchio, spalla); medie (gomito, polso, tibio-peroneo-astragalica); piccole (le restanti).

Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.

Per distretto vascolare s'intende lo studio dei vasi cerebrali o sopraortici o toracici od addominali-splancnici o di un metamero spinale o di un arto.

Gli esami s'intendono eseguiti con qualsiasi apparecchiatura/strumentazione.

Si precisa che gli esami "Total Body" comprendono anche il tratto del "collo", non è pertanto previsto il riconoscimento di un ulteriore esame "T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici". Altresi si specifica che, per la "T.C. della colonna vertebrale", il segmento è da riferirsi al tratto o ai tratti specificati nei codici stessi.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore - Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2924	Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	75,00
2925	Angio T.C. di qualsiasi distretto - a distretto vascolare con eventuale ricostruzione 3D - salvo i casi descritti	203,00
2927	Angio T.C. aorta addominale e arterie arti inferiori	250,00
2929	Angio T.C. aorta toracica e/o addominale	250,00
2930	Angio T.C. arterie renali o vasi splancnici	200,00
2931	Angio T.C. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	200,00
2932	Angio T.C. circolo endocranico	200,00
2933	Angio T.C. del cuore	250,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2934	Angio T.C. delle arterie coronarie	280,00
2935	Angio T.C. torace (arterie o vene polmonari)	250,00
2936	Angio T.C. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	250,00
2937	Artrotac o T.C. distretti articolari/segmenti ossei	120,00
2938	Broncoscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	175,00
2939	Colonscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	242,00
2940	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 1 arcata	110,00
2941	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 2 arcate	150,00
2942	Mielo T.C.: 1 tratto colonna vertebrale	261,00
2943	Mielo T.C.: 2 tratti colonna vertebrale	300,00
2944	Mielo T.C.: 3 tratti colonna vertebrale	400,00
2945	O.C.T. - Tomografia a coerenza ottica	90,00
2946	Scialo-TC	150,00
2947	T.C. addome inferiore per endoscopia virtuale della vescica	250,00
2948	T.C. addome superiore e inferiore - pelvi	210,00
2949	T.C. bacino e sacro	150,00
2950	T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici	150,00
2951	T.C. colonna vertebrale: 2 segmenti (cervicale e dorsale o lombosacrale e sacrococcigeo)	200,00
2952	T.C. colonna vertebrale: 3 segmenti (cervicale e dorsale e lombosacrale o sacrococcigeo)	240,00
2953	T.C. cranio e/o orbite o T.C. cranio e/o sella turcica o T.C. cranio e/o rocce petrose o T.C. cranio e/o mastoidi o TC masciaccio facciale	145,00
2954	T.C. mascellare compresa elaborazione computerizzata superiore o inferiore	145,00
2955	T.C. torace o addome superiore o inferiore - pelvi	150,00
2956	T.C. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	380,00
2957	Uro – TC	150,00

## Diagnostica vascolare

### Ultrasonografia doppler - ecodoppler - ecocolordoppler

#### Premesse specifiche di branca:

Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso non è quindi riconosciuto il doppio addebito. Le tariffe esposte sono valide anche per qualsiasi esame doppler che associ altre tecniche e metodiche quali laser, etc.

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, o contemporaneamente ad indagini ecografiche, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Si precisa che gli esami bilaterali su arti superiori eseguiti nella medesima seduta degli esami bilaterali su arti inferiori, corrispondono all'esame su quattro arti per il quale si deve fare riferimento all'apposito codice.

L'ecocardiogramma doppler e/o ecocolordoppler cardiaco non sono assimilabili alle voci della presente sezione. Per tali prestazioni si dovrà fare riferimento alla sezione Ecografia.

L'ecografia epatica presente nella sezione "Ecografie" è già compresa nell'esame "Fibroscan", ovvero non si somma a quest'ultimo esame.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2959	Arti superiori o inferiori (bilaterale) : Doppler	52,00
2960	Arti superiori o inferiori (bilaterale) : EcoDoppler	67,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2961	Arti superiori o inferiori (bilaterale) : EcocolorDoppler	89,00
2962	Arti superiori e inferiori (quattro arti) : Doppler	72,00
2963	Arti superiori e inferiori (quattro arti) : EcoDoppler	90,00
2964	Arti superiori e inferiori (quattro arti) : EcocolorDoppler	105,00
2965	EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto	77,00
2966	Fibroscan (compresa ecografia epatica)	70,00
2967	Penieno o testicolare : Doppler	63,00
2968	Penieno o testicolare : EcoDoppler	84,00
2969	Penieno o testicolare : EcocolorDoppler	94,00
2970	Tiroide: EcocolorDoppler	80,00
2971	Transcranico completo : EcoDoppler	67,00
2972	Transcranico completo : EcocolorDoppler	90,00
2973	Transcranico completo con analisi spettrale	58,00
2974	Tronchi sovraortici : Doppler	63,00
2975	Tronchi sovraortici : EcoDoppler	75,00
2976	Tronchi sovraortici : EcocolorDoppler	87,00
2977	Viscerale : Doppler	40,00
2978	Viscerale : EcoDoppler	70,00
2979	Viscerale : EcocolorDoppler	82,00

### Medicina nucleare (scintigrafia)

#### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe si intendono comprensive dei medicinali, degli indicatori, dei materiali d'uso e dell'assistenza cardiologica, anestesiologicala (ove necessaria) e del personale tecnico.

Le tariffe sono comprese di eventuali test farmacologici, ergometrici e qualsiasi tipo di procedura diagnostica provocativa.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

#### Apparato circolatorio

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2980	Angiocardioscintigrafia di primo passaggio	97,00
2981	Angiocardioscintigrafia all'equilibrio	120,00
2982	Angioscintigrafia distretti arteriosi o venosi	101,00
2983	Scintigrafia del miocardio a riposo (SPECT)	227,00
2984	Scintigrafia del miocardio a riposo (planare)	194,00
2985	Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (PET)	727,00
2986	Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (planare)	340,00
2987	Scintigrafia del miocardio per l'identificazione del miocardio vitale mediante reiniezione	160,00
2988	Scinti o tomo scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (SPECT)	397,00
2989	Studio della funzione ventricolare globale e regionale (GATED-SPECT)	116,00
3244	Tomoscintigrafia cerebrale con tracciante ricettoriale datscan	500,00

**Apparato digerente**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2990	Octreoscan	600,00
2991	Ricerca di mucosa gastrica ectopica	77,00
2992	Scintigrafia delle ghiandole salivari	64,00
2993	Studio scintigrafico del transito esofago-gastro-duodenale	150,00
2994	Valutazione delle gastro enterorragie	101,00

**Apparato emopoietico**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
2995	Determinazione del tempo di sopravvivenza delle emazie	174,00
2996	Determinazione del volume plasmatico e del volume eritrocitario	50,00
2997	Determinazione della cinetica piastrinica	252,00
2998	Determinazione dell'assorbimento intestinale della vitamina B12 (test di Schilling)	90,00
2999	Linfoscintigrafia segmentaria	210,00
3000	Misura dell'assorbimento o della permeabilità intestinale	58,00
3001	Studio completo della ferrocinetica	140,00

**Apparato osteo-articolare**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3002	PET-TC qualsiasi distretto (compreso radioisotopo ed eventuale trasporto)	727,00
3003	Scintigrafia globale scheletrica	160,00
3004	Scintigrafia ossea o articolare polifasica segmentaria	106,00
3005	Scintigrafia ossea o articolare segmentaria	93,00

**Apparato respiratorio**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3006	Scintigrafia polmonare con indicatore positivo	164,00
3007	Scintigrafia polmonare perfusionale (planare)	116,00
3008	Scintigrafia polmonare perfusionale (SPECT)	116,00
3009	Scintigrafia polmonare ventilatoria	223,00

**Apparato urinario**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3010	Cistoscintigrafia diretta	80,00
3011	Scintigrafia renale con DMSA (planare)	82,00
3012	Scintigrafia renale con DMSA (SPECT)	97,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3013	Scintigrafia renale sequenziale con tracc. a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare	179,00

### *Fegato e vie biliari e milza*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3014	Scintigrafia epatica (SPECT)	174,00
3015	Scintigrafia epatica con indicatore positivo (planare)	135,00
3016	Scintigrafia epatica con indicatore positivo (SPECT)	184,00
3017	Scintigrafia epato-biliare sequenziale	116,00
3018	Scintigrafia epatosplenica (planare)	116,00
3019	Scintigrafia epatosplenica con flussimetria e clearance kuppferiana	135,00
3020	Scintigrafia splenica con emazie autologhe	77,00

### *Sistema nervoso centrale*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3021	Scintigrafia cerebrale (planare)	116,00
3022	Scintigrafia cerebrale (SPECT)	300,00
3023	Scintigrafia cerebrale planare con angioscintigrafia	121,00
3024	Scintigrafia cerebrale qualitativa (PET)	611,00
3025	Scintigrafia cerebrale quantitativa (PET)	795,00
3026	Scintigrafia del midollo osseo corporeo totale	82,00

### *Tiroide e paratiroide*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3027	Captazione tiroidea	50,00
3028	Scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea)	174,00
3029	Scintigrafia tiroidea	80,00
3030	Scintigrafia tiroidea con indicatore positivo	194,00
3031	Scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei	155,00

### *Altri organi*

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3032	Immunoscintigrafia	494,00
3033	Ricerca di focolai flogistici con leucociti autologhi marcati	388,00
3034	Ricerca linfonodo sentinella (chirurgia radioguidata) (compresa prestazione del medico nucleare-radiologo)	213,00
3035	Scintigrafia dell'apparato genitale maschile	150,00
3036	Scintigrafia globale corporea per localizzazione neoplastica con indicatori positivi	358,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3037	Scintigrafia mammaria bilaterale	164,00
3038	Scintigrafia surrenale	310,00

## Neurologia

### Premesse specifiche di branca:

La necessità di effettuazione delle sotto indicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in neurologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Le tariffe sono omnicomprensive dei materiali d'uso e dei medicinali.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3040	Brain mapping	97,00
3041	Cura del sonno (terapia completa)	240,00
3042	Elettroencefalogramma	65,00
3043	Elettroencefalogramma con sonno farmacologico	135,00
3044	Elettroencefalogramma dinamico 24 ore	232,00
3045	Elettroencefalogramma (monitoraggio intraoperatorio)	291,00
3046	Elettromiografia completa senza distinzione di segmento	67,00
3047	Elettroencefalografia con velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto)	29,00
3048	Elettroshock con narcosi e spasmolisi (ogni applicazione)	90,00
3049	Esame elettrodiagnostico cronassimetrico (per arto)	17,00
3050	Esame elettrodiagnostico semplice (per arto)	17,00
3051	Polifisiografia del sonno (1 ciclo)	126,00
3052	Polifisiografia del sonno (intera notte)	184,00
3053	Potenziali evocati (Baers - Pes - Pev)	65,00
3054	Potenziali evocati motori per stimolazione magnetica corticale	65,00
3055	Potenziali evocati multimodali	110,00
3056	Shock insulinico	75,00
3057	Shock con altri mezzi medicamentosi	38,00
3058	Studio neurofisiologico del pavimento pelvico	135,00
3059	Studio riflessologico del tronco dell'encefalo (blink-reflex, riflessi mandibolari e studio dei periodi silenti massetere)	60,00
3060	Test afasia (diagnostica delle afasie)	60,00
3061	Test alla L-dopa per diagnosi di M. di Parkinson	80,00
3062	Test di Desmedt (o di stimolazione ripetitiva) per miastenia gravis	67,00
3245	Pulsossimetria dinamica intera notte (età infantile 0-3 anni)	22,00

## Ocullistica

### Premesse specifiche di branca:

La necessità di effettuazione delle sotto indicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in oftalmologia. Nel caso di prescrizioni rilasciate da professionisti con diversa specializzazione rispetto a quanto indicato, sarà a discrezione del Fondo, l'accettazione della stessa che, si baserà sulla insindacabile valutazione della pertinenza della richiesta in rapporto alla specializzazione ed al quesito

diagnostico fornito (obbligatorio). In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte. La transilluminazione, il Fundus Oculi, il test di Shirmer, il test di But e lo schermo di Hess sono compresi nella visita. La Fotografia del fondo oculare è rimborsabile esclusivamente se eseguita da medico chirurgo specializzato in oftalmologia e solo contestualmente alla visita specialistica. La Tonometria è rimborsabile solo se eseguita in seduta separata rispetto alla visita specialistica, contrariamente si considera compresa nella visita stessa.

Gli accertamenti propedeutici alla chirurgia refrattiva sono rimborsabili esclusivamente in modalità pacchetto e solo se correlati alla fruizione di uno dei pacchetti di chirurgia refrattiva individuati dal Fasi. Anche in questo caso, sono validi i limiti previsti per le prestazioni della sezione "Pacchetti".

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3063	Biometria ottica no-contact (interferometria laser)	90,00
3064	Biomicroscopia ad ultrasuoni (UBM)	43,00
3065	Campimetria cinetica o statica - perimetria	46,00
3066	Campimetria computerizzata (VCP)	52,00
3067	Conta cellule endoteliali (salvo i casi descritti)	38,00
3068	Ecobiometria (cristallino)	43,00
3069	Elettromiografia	67,00
3070	Elettronistagmografia	55,00
3071	Elettrooculogramma	58,00
3072	Elettroretinogramma	58,00
3073	Esame ortottico completo (ortottista)	43,00
3074	Esercizi ortottici (a seduta) (ortottista)	24,00
3075	Fluorangiografia del segmento anteriore	120,00
3076	Fluorangiografia della retina con fluoescina	125,00
3077	Fluorangiografia della retina con verde indocianina	150,00
3078	Fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluoescina	100,00
3079	Fotografia del fondo o del segmento anteriore a colori o bianco e nero	23,00
3080	Heidelberg retina tomography (oftalmoscopia laser confocale) con analisi morfometrica del nervo ottico	85,00
3081	GDX (scanning laser polarimetria retinica)	48,00
3082	Gonioscopia	18,00
3083	Microperimetria	50,00
3084	Oftalmodinamometria	22,00
3085	Pachimetria corneale	38,00
3086	Potenziali evocati visivi	64,00
3087	Pupillografia	29,00
3088	Retinografia	29,00
3089	Retinoscopia	105,00
3090	S.C.O. (esame del disco ottico e delle fibre nervose retiniche)	58,00
3091	Tonografia e test di provocazione	33,00
3092	Tonometria, orbitotonometria (se unico atto medico; diversamente compreso nella visita)	33,00
3093	Topografia corneale	54,00
3094	Valutazione flusso ematico oculare (OBF)	48,00
3095	Valutazione nictomerale pressione oculare (curva tonometrica)	51,00

## Otorinolaringoiatria

*Premesse specifiche di branca:*

La necessità di effettuazione delle sotto indicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico



specialista in otorinolaringoiatria. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3096	Acufenometria	15,00
3097	Elettrococleografia (ecog)	80,00
3098	Esame audiometrico per adattamento protesico	25,00
3099	Esame audiometrico tonale e vocale	30,00
3100	Esame foniatrico (logopedista)	39,00
3101	Esame vestibolare con registrazione V.N.G. (video nistagmografia)	50,00
3102	Esame vestibolare con registrazione V.N.S. (video nistagmoscopia)	50,00
3103	Esame vestibolare con registrazione V.N.S. (video nistagmoscopia) e V.N.G. (video nistagmografia)	82,00
3104	Esame vestibolare con stimolazione pendolare	41,00
3105	Esame vestibolare con stimolazione rotatoria	45,00
3106	Esame vestibolare con stimolazione termica	32,00
3107	Esame vestibolare con stimolazione termica e rotatoria	55,00
3108	Esame vestibolare con stimolazione termica, pendolare e rotatoria	60,00
3109	Esercizi foniatrici (a seduta) (logopedista)	21,00
3110	Gustometria	8,00
3111	Impedenzometria	24,00
3112	Insufflazioni endotimpaniche (non eseguite in stabilimenti termali)	9,00
3113	Irrigazioni nasali (non eseguite in stabilimenti termali)	6,00
3114	Manovre liberatorie per canalicoliti	25,00
3115	Olfattometria	25,00
3116	Potenziali evocati acustici	60,00
3117	Rinomanometria (anteriore e posteriore)	38,00
3118	Sleep endoscopy per roncopia	30,00
3119	Stabilometria dinamica	58,00
3120	Stabilometria statica	29,00

## Pneumologia

### Premesse specifiche di branca:

La necessità di effettuazione delle sotto indicate prestazioni deve essere certificata/prescritta dal medico specialista in pneumologia. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50% (sul/sugli esame/i meno oneroso/i). Le tariffe sono comprensive dei materiali d'uso ed eventuali medicinali.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3121	Aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali)	6,00
3122	Broncoistillazione-broncoaspirazione	38,00
3123	Capnografia	20,00
3124	Compliance polmonare statica e dinamica	64,00
3125	Esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta)	12,00
3126	Ossimetria arteriosa (PaO2 o SaO2)	29,00
3127	Pletismografia corporea (misura VGT, resistenze, volumetria)	67,00
3128	Pletismografia induttiva toracica	43,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3129	Pneumotacografia (curva flusso-volume) (unica prova)	29,00
3130	Pneumotacografia di base e dopo test di broncocostrizione/dilatazione (unica prova)	50,00
3131	Respirazione a pressione positiva intermittente	6,00
3132	Spirometria semplice (con vitalograph)	35,00
3133	Spirometria con prova da sforzo	48,00
3134	Spirometria con prova da sforzo e test di diffusione	75,00
3135	Spirometria con prova da sforzo ed ossimetria continua	65,00
3136	Spirometria con test di diffusione e coefficiente di duttanza polmonare	48,00
3137	Spirometria con test farmaco-dinamici	70,00
3138	Spirometria con volume residuo	39,00
3139	Spirometria separata (broncospirometria)	110,00
3140	Test di diffusione in "steady state"	29,00
3141	Test di diffusione in respiro singolo	29,00
3142	Test di diffusione sotto sforzo	48,00
3143	Test di duttanza polmonare	38,00
3144	Titolazione CPAP/BPAP	45,00
3145	Ventiloterapia (a seduta)	16,00

## Test allergometrici/Allergologia

### Premesse specifiche di branca:

Le tariffe rappresentano i compensi professionali e comprendono i materiali d'uso. Sono esclusi dai rimborsi i medicinali e/o le sostanze usate per gli esami (serie di allergeni). Non sono rimborsabili i vaccini al di fuori di quanto disciplinato dalla sezione U del Nomenclatore-Tariffario vigente. Le tariffe si intendono per seduta a cui si può aggiungere la tariffa della visita una sola volta per ciclo di sedute/terapie. La documentazione di spesa deve essere sempre accompagnata da attestazione medica riportante esattamente: la diagnosi ed il numero delle sedute/terapie ritenute necessarie.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione P del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3146	Immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri	10,00
3147	Patch test - serie GIRDCA (a lettura immediata - qualsiasi numero di apteni)	63,00
3148	Prick test per inalanti ed alimenti (a lettura immediata - qualsiasi numero di allergeni) o Prick test ed intradermoreazioni scalari per veleno di imenotteri	48,00
3149	Test di provocazione congiuntivale allergene specifico o nasale allergene specifico o bronchiale allergene specifico (qualsiasi numero di allergeni) o bronchiale aspecifico (metacolina, istamina, etc.)	33,00
3150	Test di tolleranza iniettivo per anestetici locali o anestetici generali (qualsiasi numero di farmaci) o per betalattamine (con catene laterali o per penicilline) o per altri farmaci	54,00
3151	Test di tolleranza orale per farmaci (qualsiasi numero di farmaci) o per alimenti (qualsiasi numero di alimenti) o per additivi alimentari e farmacologici (qualsiasi numero di additivi)	33,00

## SEZIONE Q. - Fisiokinesiterapia

### Premesse specifiche di branca:

Il rimborso è limitato al totale di 80 prestazioni per anno (1 gennaio - 31 dicembre) per assistito (escluse agopuntura, manipolazioni vertebrali, onde d'urto focali e noleggio di apparecchiature che hanno propri limiti annuali), indipendentemente da tipo, tecnica, strumentazione, qualsiasi distretto anatomico trattato.

Per distretto anatomico si intende l'intera colonna vertebrale o gli arti superiori o gli arti inferiori. Le tariffe sono omnicomprendenti dei materiali d'uso e medicamenti. Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche e/

o a queste riconducibili.

Per le cure domiciliari valgono le stesse regole, le stesse tariffe massime e limitazioni che regolamentano le prestazioni fisiokinesiterapiche eseguite presso una struttura sanitaria autorizzata dalle autorità competenti.

La limitazione del numero di prestazioni rimborsabili, su esplicita richiesta dell'iscritto (ad eccezione delle limitazioni per l'agopuntura, onde d'urto focali, manipolazioni vertebrali e per il noleggio di apparecchiatura, che rimangono confermate), potrà non essere applicata agli assistiti affetti da gravi quadri sintomatologici riportati nelle "Avvertenze".

Si specifica che, successivamente all'intervento chirurgico di protesi totale di anca (oppure protesi totale anca/revisione protesi totale di anca nel medesimo ricovero e/o in ricovero successivo) per il quale è prevista la sola modalità di rimborso a pacchetto, è rimborsabile esclusivamente la riabilitazione post chirurgica in modalità a pacchetto, secondo la relativa fascia di età. Tali pacchetti di riabilitazione devono essere fruiti entro i 120 giorni successivi alla data dell'intervento chirurgico.

Si specifica che non è riconoscibile l'esenzione temporanea al superamento del limite annuo di 80 prestazioni fisioterapiche per gli interventi di protesi totale di anca e/o protesi totale di anca/revisione di protesi totale anca nel medesimo ricovero e/o ricovero successivo.

Nel caso di ricovero per riabilitazione post intervento di protesi totale di anca/revisione di protesi totale di anca (qualsiasi), oltre alla "retta di degenza per riabilitazione post intervento chirurgico ortopedico o post traumatico" sarà riconosciuto esclusivamente il "pacchetto di riabilitazione post intervento protesi ortopedica (applicabile agli interventi a pacchetto di protesi totale di anca/revisione protesi totale di anca)" secondo i limiti del pacchetto stesso. Per tale tipo di riabilitazione si rimanda alla Sezione Pacchetti.

Ulteriormente, si precisa che la voce/prestazione "Terapia Occupazionale" è riconosciuta dal Fondo, in caso di iscritti/assistiti affetti da disabilità cognitive, fisiche, psichiche preesistenti mentre, la voce/prestazione "Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche" è riconosciuta dal Fondo, nel caso di danno neurologico invalidante e quindi, di terapia volta al recupero di capacità funzionali motorie o neuro-motorie recentemente ridotte e/o perdute per malattia o traumatismi e/o per patologie cronicodegenerative (es. Ictus cerebrale, Morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla ecc.). Le predette voci si intendono a seduta, indipendentemente dal numero di terapie/prestazioni svolte all'interno della stessa, ovvero, le predette voci/prestazioni non si sommano ad altre voci/terapie/prestazioni della medesima sezione Q.

Al fine del riconoscimento del rimborso per "Terapia Occupazionale" dovrà chiaramente risultare l'abilitazione del professionista che ha effettuato le sedute/prestazioni.

Le voci con "manu medica" sono riconosciute dal Fondo esclusivamente se effettuate da medico-chirurgo abilitato nell'Unione Europea.

Si ricorda che per accedere al rimborso delle prestazioni fisiokinesiterapiche è indispensabile inoltrare la prescrizione medica specialistica per patologia riportante la diagnosi certa (da non confondere con la sintomatologia) contenente il dettaglio delle terapie da seguire con specifica della tipologia, numero di sedute, numero di prestazioni per seduta e frequenza delle stesse.

Il Fasi si riserva la facoltà di richiedere copia del diario fisiokinesiterapico giornaliero controfirmato dall'assistito nel caso di fruizione delle prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare (si precisa che, in caso di ricovero, il diario giornaliero fisiokinesiterapico è parte integrante della cartella clinica) e/o si riserva di eseguire controlli amministrativo-sanitari e/o verifiche del titolo accademico/specializzazione del professionista che ha eseguito le prestazioni, anche mediante consultazione degli elenchi registrati presso gli Ordini e/o Albi Professionali.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

### Riabilitazione

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3152	Rieducazione cardiopatici (a seduta)	14,00
3153	Rieducazione neuromotoria per patologie neurodegenerative acute e croniche (a seduta)	14,00

**Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3154	Onde d'urto radiali - Diatermia: onde corte/microonde/marconi/radarterapia	8,00
3155	Elettroterapia antalgica (diadinamiche o TENS)	7,00
3156	Elettroterapia di muscoli normo o denervati (Elettrostimolazioni, faradica, galvanica, idrogalvanica, interferenziale)	7,00
3157	HILTerapia	10,00
3158	Irradiazione infrarossa	7,00
3159	Ionoforesi	7,00
3160	Ipertermia segmentaria	9,00
3161	Laserterapia antalgica	12,00
3162	Magnetoterapia	10,00
3164	Onde d'urto focali-manu medica - Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteo-articolari o tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali - a seduta/prestazione (massimo 6 sedute/prestazioni l'anno)	60,00
3165	Pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente o linfo drenaggio manuale (limitatamente ai casi di linfoedema, linfoadenectomia ascellare/inguinale oppure nei casi di intervento per protesi di anca nell'ambito delle terapie post ricovero).	9,00
3166	Tecarterapia	10,00
3167	Terapia a luce ultravioletta o applicazione PUVA (a seduta)	7,00
3168	Ultrasonoterapia	7,00

**Kinesiterapia (terapia di movimento)**

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3169	Agopuntura (manu medica), massimo 10 sedute annue	18,00
3170	Esercizi assistiti in acqua (a seduta)	12,00
3171	Esercizi con attrezzature per isocinetica (a seduta)	13,00
3172	Esercizi posturali	7,00
3173	Rieducazione motoria, propriocettiva	8,00
3174	Manipolazioni vertebrali o chiroterapia (manu medica) (massimo 10 prestazioni l'anno)	17,00
3175	Massoterapia	7,00
3176	Massoterapia distrettuale - riflessogena (manu medica)	9,00
3177	Mobilizzazioni articolari	8,00
3178	Mobilizzazioni vertebrali	9,00
3179	Terapia occupazionale (a seduta)	12,00
3180	Trazioni vertebrali meccaniche (a seduta)	8,00
3181	Noleggio apparecchiatura per terapia a domicilio per: kinesiterapia attiva o passiva o elettroterapia (ionoforesi, diadinamic, elettrostimolazione, TENS, ultrasuonoterapia) o magnetoterapia o pressoterapia, limitatamente a postumi da fratture o da interventi chirurgici entro 365 giorni dall'evento comprovato da cartella clinica; o per ventilazione assistita durante il sonno per sindrome dell'apnea notturna; o per vacuum therapy per ulcere cutanee (giornalieri per un massimo di 60 giorni l'anno)	9,00

**SEZIONE S. - TUTELE NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI DI ASSISTENZA***Premesse specifiche di branca:*

Per i servizi di tutela della non autosufficienza e per gli altri servizi di assistenza forniti dalla Blue Assistance, vedere l'apposito capitolo nelle **"Avvertenze"**.

## SEZIONE T. - CURE TERMALI

### Premesse specifiche di branca:

Il rimborso per le cure termali viene riconosciuto solo se le stesse sono state effettuate presso stabilimenti all'uopo attrezzati ed autorizzati, siti in località termali. Nel caso di contemporanea effettuazione di cure con fanghi o balneoterapia e cure idropiniche od inalatorie è prevista l'applicazione della sola tariffa più elevata (vedi "Avvertenze"). Per usufruire del rimborso per cure termali è necessario inviare apposita prescrizione medica, attestante la necessità della cura stessa, con l'indicazione della patologia in atto (diversa dalla sintomatologia). Dai rimborsi sono tassativamente escluse le spese di soggiorno e/o altre spese accessorie e/o quant'altro non esplicitamente riportato. Si precisa che le tariffe esposte sono comprensive delle competenze delle figure che intervengono e/o di tutte le apparecchiature/strumentazioni.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3182	Fango e balneoterapia - al giorno, max 12 gg. per anno (1 gennaio -31 dicembre) per assistito	17,00
3183	Idropiniche e/o inalatorie e/o irrigazioni - al giorno, max 10 gg.per anno (1 gennaio -31 dicembre) e per un massimo di tre anni per assistito	14,00

## SEZIONE U. - TICKET

### Premesse specifiche di branca:

Il rimborso del ticket su prestazioni specialistiche è previsto esclusivamente se riferito a prestazioni esplicitamente riportate nel presente Nomenclatore-Tariffario, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione.

Nel caso di contemporaneo pagamento del ticket per prestazioni in convenzione con il S.S.R. e di prestazioni private, è indispensabile far indicare dalla Struttura Sanitaria, oltre l'indicazione del tipo di prestazione, la ripartizione degli importi tra ticket e prestazione privata. Si precisa che limitazioni quantitative e/o temporali, eventualmente previste per le prestazioni, saranno applicate anche a quelle soggette al pagamento del solo ticket.

In caso di analisi cliniche effettuate in regime convenzionato con S.S.R., il prelievo venoso è compreso nelle prestazioni/analisi stesse e pertanto non è riconosciuta come ulteriore compartecipazione.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze del presente Nomenclatore – Tariffario e nelle premesse delle sezioni esposte nello stesso.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
3184	Ticket su prestazioni specialistiche (rimborso totale nei limiti massimi delle singole tariffe) - vedere "Avvertenze"	100%
3246	Ticket su Procreazione medicalmente assistita (PMA)	100%
3247	Ticket su vaccini in età pediatrica (fino al compimento del sedicesimo anno)	100%

## SEZIONE V. - PACCHETTI CHIRURGICI

### Premesse specifiche di branca:

I rimborsi per le procedure/interventi in modalità pacchetto sono omnicomprensivi di: équipe medica e/o personale di supporto (tecnici/ausiliari ecc.), sala operatoria/sala ambulatoriale/sala operatoria ambulatoriale (in funzione della tipologia di pacchetto), permanenza nella struttura (ove prevista), strumentazione/apparecchiature necessarie per l'esecuzione delle procedure stesse e di quelle ad alto costo (ove previste), materiali, medicinali, eventuale protesi (per gli interventi che le prevedono), analisi ed accertamenti relativi all'intervento stesso ed eseguiti intra-ricovero, primi trattamenti riabilitativi post-intervento ed intra-ricovero ove previsti (interventi ortopedici).

Si ricorda che la modalità di rimborso a pacchetto, per le prestazioni/procedure di seguito riportate, sostituisce

integralmente le singole voci/codici prestazioni analitiche se precedentemente esposte all'interno del Nomenclatore – Tariffario (precedenti edizioni).

La prestazione a "pacchetto" prevede un unico importo di rimborso, indipendentemente se fruito in forma diretta o indiretta ed indipendentemente dalla tecnica utilizzata per l'esecuzione dello stesso, fatta eccezione per i pacchetti relativi alla chirurgia refrattiva suddivisi per tecnica.

L'importo previsto per la prestazione a "pacchetto" è relativo all'intervento/procedura come fase unica, ossia, qualora l'intervento per il quale sia stata prevista la modalità a pacchetto, venga effettuato nel corso di un ricovero per altro intervento chirurgico, sarà disponibile all'interno del Nomenclatore – Tariffario in vigore, una ulteriore voce analitica di "intervento concomitante" (relativa alla sola procedura) che prevede un diverso importo e per il quale, solo in quest'ultimo caso, la valorizzazione ai fini del rimborso sarà al 100%.

Per le procedure di gastroenterologia, sono stati previsti vari pacchetti che contemplano anche diverse procedure endoscopiche concomitanti. A tal proposito si specifica che, sono valorizzate come endoscopie diagnostiche anche le procedure che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipi fino a 3 mm di dimensione. Si ricorda che per le procedure diagnostiche/esplorative concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenendo quella diagnostica quale atto propedeutico, ovvero l'atto diagnostico non si somma al medesimo atto operativo.

Per gli interventi di chirurgia refrattiva sono stati previsti, per ogni tecnica, sia pacchetti per interventi monolaterali (esecuzione della procedura su una sola lateralità per seduta chirurgica/accesso) sia pacchetti per interventi bilaterali (esecuzione della procedura su entrambe le lateralità per seduta chirurgica/accesso). Non è possibile associare pacchetti di accertamenti per chirurgia refrattiva al pacchetto per intervento di cataratta così come, non è possibile associare il pacchetto di accertamenti pre intervento cataratta a pacchetti di chirurgia refrattiva. Non sono previste deroghe.

Si precisa che, nel caso di "Pacchetti" fruiti in forma diretta, quanto accettato dalla Struttura Sanitaria nell'atto di convenzione sottoscritto, rappresenta il massimo fatturabile previsto per quella determinata procedura/intervento chirurgico. Eventuali ulteriori addebiti nei confronti dell'iscritto/assistito, dovranno comunque essere regolarmente esposti in fattura (e nel relativo applicativo telematico in uso per la forma diretta) e potranno essere ascritte a voci espressamente indicate dal Fondo come non rimborsabili, ovvero non potranno in alcun modo riguardare competenze, materiali, medicinali, strumentazione, procedure ecc. dal Fasi esposte come comprese nelle prestazioni stesse.

Per ulteriori specifiche fare riferimento al paragrafo "Pacchetti Chirurgici" all'interno delle Avvertenze.

## Cataratta

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
10091	PACCHETTO PRE-OPERATORIO CATARATTA, ANALISI E ACCERTAMENTI. RIMBORSO COMPRENSIVO DI: Anticorpii anti HBcAg o HBcAgIgM o HBeAg o HBsAg o HCV, Antigene Australia (HbsAg), Azotemia, Creatininemia, Emocromocitometrico o morfologico, Fibrinogeno, Glicemia, Tempo di protrombina (PT), Tempo di protrombina parziale (PTT), Transaminasi GOT o GPT, Urine, esame chimico e microscopico completo	60,00
10088	PACCHETTO CATARATTA, ASPORTAZIONE ED IMPIANTO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IN CAMERA ANTERIORE O POSTERIORE (QUALIASI TECNICA- AD OCCHIO). RIMBORSO COMPRENSIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, PERMANENZA NELLA STRUTTURA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI DEL CRISTALLINO	1.940,00

## Protesi totale d'anca e Revisione di Protesi totale d'anca

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
10092	EDUCAZIONE AL POST OPERATORIO (PARTE CORPO)	12,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
10093	PACCHETTO ESAMI PRE OPERATORI ORTOPEDICI (ARTROPROTESI ANCA TOTALE-REVISIONE PROTESI ANCA). RIMBORSO COMPRESIVO DI: visite specialistiche pre-intervento, ecg, rx torace, analisi cliniche), Emocromocitometrico, Glicemia, Creatininemia, Elettroliti(sodio potassio cloro), Bilirubina totale, Bilirubina diretta, Antitrombina III, Tempo di Protrombina (PT), Tempo di Protrombina parziale (PTT), Tempo di protrombina parziale attivata(aPTT), Fibrinogeno, Transaminasi, Urine esame chimico e microscopico, Proteinemia totale, Gruppo sanguigno, Anticorpi anti HCV, Anticorpi anti HIV, Antigene Australia, Rx Torace, Ecg, Bacino, Arti e Articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ecc, Ecocolor Doppler arti inferiori o superiori bilaterale, Visita specialistica vascolare, Visita specialistica anestesiológica	451,50
10094	PACCHETTO CHIRURGICO PROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI: ANCA TOTALE - TRATTAMENTO COMPLETO). RIMBORSO COMPRESIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	14.660,00
10095	PACCHETTO CHIRURGICO REVISIONE PROTESI TOTALE ANCA (ARTROPROTESI: REVISIONE ANCA TOTALE - TRATTAMENTO COMPLETO) INTERVENTO PER RIMOZIONE E SOSTITUZIONE O RIPOSIZIONAMENTO ESEGUITO NELLO STESSO RICOVERO. RIMBORSO COMPRESIVO DI: EQUIPE MEDICA, SALA OPERATORIA, DEGENZA, MATERIALI, MEDICINALI, PROTESI ARTICOLARE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E FISIOTERAPIA IN DEGENZA	17.760,00
10096	PACCHETTO RIABILITAZIONE POST INTERVENTO PROTESI - ORTOPEDICA (APPLICABILE AGLI INTERVENTI A PACCHETTO DI PROTESI ANCA/REVISIONE PROTESI ANCA) età <= 65 anni RIMBORSO COMPRESIVO DI: Laserterapia antalgica, Tecarterapia, Esercizi posturali, Rieducazione motoria, Massoterapia, Mobilizzazioni articolari	924,80
10097	PACCHETTO RIABILITAZIONE POST INTERVENTO PROTESI - ORTOPEDICA (APPLICABILE AGLI INTERVENTI A PACCHETTO DI PROTESI ANCA/REVISIONE PROTESI ANCA) età >66 anni RIMBORSO COMPRESIVO DI: Laserterapia antalgica, Tecarterapia, Esercizi posturali, Rieducazione motoria, Massoterapia, Mobilizzazioni articolari	1.080,00
10099	PACCHETTO CHIRURGICO RIMOZIONE E RIPOSIZIONAMENTO PROTESI ANCA eseguito in un tempo successivo al primo ricovero (trattamento completo). Rimborso comprensivo di: equipe medica, sala operatoria, degenza, materiali, medicinali, protesi articolare, accertamenti diagnostici e fisioterapia in degenza	15.610,00

## Chirurgia Refrattiva

### Premesse specifiche di branca:

I pacchetti di seguito elencati (accertamenti e/o procedure) sono fruibili in età compresa tra i 25 anni e i 45 anni compiuti.

I pacchetti di accertamenti pre operatori alla chirurgia refrattiva sono strettamente vincolati alla successiva esecuzione di un pacchetto di chirurgia refrattiva (qualsiasi). Non è dunque possibile associare un pacchetto di accertamenti pre operatori alla chirurgia refrattiva con un pacchetto cataratta.

Poiché gli accertamenti pre operatori alla chirurgia refrattiva possono essere validi anche nell'eventualità di un intervento sul controlaterale a breve distanza, il Fasi si riserva la facoltà di verificare l'effettiva ripetizione degli accertamenti stessi.

Si precisa che, le diverse tecniche non sono sovrapponibili sulla medesima lateralità ovvero, non sono rimborsabili 2 pacchetti di intervento sul medesimo occhio.

Per gli accertamenti pre intervento chirurgico è necessario inoltrare, oltre la documentazione di spesa, la prescrizione medica rilasciata dal medico chirurgo specializzato per diagnosi con indicazione della patologia e della propedeuticità ad intervento chirurgico con specifica indicazione della lateralità oggetto della procedura.

Per l'intervento chirurgico, indipendentemente dalla tecnica, è necessario inoltrare, oltre alla documentazione di spesa, copia della cartella clinica/verbale di sala operatoria/verbale dell'intervento in cui sia rilevabile la tecnica utilizzata e la lateralità oggetto della procedura.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione Pacchetti Chirurgici del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
57001	PACCHETTO CHIRURGIA REFRATTIVA TECNICA PRK - MONOLATERALE (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, equipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	1.300,00
57002	PACCHETTO CHIRURGIA REFRATTIVA TECNICA FEMTO - LASIK MONOLATERALE (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, equipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	1.500,00
57003	PACCHETTO CHIRURGIA REFRATTIVA TECNICA SMILE MONOLATERALE (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, equipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	1.700,00
57005	PACCHETTO CHIRURGIA REFRATTIVA TECNICA FEMTO - LASIK BILATERALE (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, equipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	2.600,00
57006	PACCHETTO CHIRURGIA REFRATTIVA TECNICA SMILE BILATERALE (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, equipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	3.000,00

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
57007	PACCHETTO ESAMI EMATOCHIMICI PRE OPERATORIO CHIRURGIA REFRAATTIVA (qualsiasi tecnica - regime ambulatoriale - comprensivo di Anticorpi anti HBcAg o HBcAgIgM o HBeAg o HBsAg o HCV; Antigene Australia (HbsAg); Azotemia; Creatininemia; Emocromocitometrico o morfologico; Fibrinogeno; Glicemia; Tempo di protrombina (PT); Tempo di protrombina parziale (PTT); 2 Transaminasi GOT o GPT; Urine, esame chimico e microscopico completo)	60,00
57008	PACCHETTO ACCERTAMENTI SPECIALISTICI PRE OPERATORIO CHIRURGIA REFRAATTIVA (qualsiasi tecnica - regime ambulatoriale - comprensivo di: visita specialistica; Topografia corneale; pachimetria corneale; conta delle cellule endoteliali; biometria no contact; O.C.T. tomografia a coerenza ottica; E.C.G. di base)	320,00
57009	PACCHETTO CHIRURGIA REFRAATTIVA TECNICA PRK - BILATERALE (regime ambulatoriale - comprensivo di tutte le competenze, equipe, strumentazione/apparecchiature, sala operatoria ambulatoriale)	2.200,00

## Gastroenterologia

### Premesse specifiche di branca:

Anche nella modalità a pacchetto, per le procedure diagnostiche/esplorative, concomitanti/contemporanee a quelle operative con stessa via di accesso, si considera rimborsabile solo la procedura operativa ritenuta quella diagnostica quale atto propedeutico. Si precisa che, sono valorizzate come procedure diagnostiche, anche quelle che prevedono l'asportazione (qualsiasi strumentazione) di polipo fino a 3 mm di dimensione.

Per la presente Branca si ritiene valido quanto interamente esposto nelle Avvertenze e nelle premesse della Sezione Pacchetti Chirurgici del presente Nomenclatore – Tariffario.

Progressivo Fasi	Descrizione	Tariffa fino a EURO
10100	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	306,00
10101	PACCHETTO PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA CON FIBRE OTTICHE (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	400,00
10102	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA ENTRAMBE DIAGNOSTICHE (comprensivo di sala ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	580,00
10103	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA COMPRESSE POLIPECTOMIE, INTRODUZIONE DI PROTESI, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, ARGON LASER, ECC (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	900,00
10104	PACCHETTO PANCOLONSCOPIA OPERATIVA COMPRESSE POLIPECTOMIE RETTO-COLICHE, RIMOZIONE CORPI ESTRANEI, EMOSTASI DI LESIONI NON VARICOSE (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	970,00
10105	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA ENTRAMBE OPERATIVE (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	1.285,00
10106	PACCHETTO ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA OPERATIVA E PANCOLONSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	1.170,00
10107	PACCHETTO PANCOLONSCOPIA OPERATIVA ED ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA DIAGNOSTICA (comprensivo di sala operatoria ambulatoriale, equipe, eventuali esami istologici)	1.150,00