



NOMENCLATORE TARIFFARIO

2011





FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi

Nomenclatore Tariffario edizione 1.1.2011

INDICE

SEZ. A.	AVVERTENZE	pag.	7
	Generali	»	7
	Assistenza Medica Infermieristica	»	17
SEZ. B.	VISITE SPECIALISTICHE	»	31
SEZ. C.	DEGENZE E PRESTAZIONI COMPLEMENTARI	»	31
	Degenze	»	31
	Rianimazione: prestazioni professionali di tipo rianimativo	»	32
SEZ. D.	MATERIALI E MEDICINALI	»	32
SEZ. E.	PRESIDI E PROTESI	»	32
SEZ. F.	COSTI E COMPENSI PROFESSIONALI PER PRESTAZIONI TRASFUSIONALI	»	33
	Aferesi terapeutica	»	33
	Prestazioni professionali	»	33
SEZ. G.	USO SALE DEDICATE – USO SALA OPERATORIA – USO APPARECCHI SPECIALI IN SALA OPERATORIA – USO STRUMENTI AD ALTO COSTO –	»	34
SEZ. H.	ASSISTENZA EQUIPE “MEDICA” IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO IN REPARTI DI MEDICINA	»	35
SEZ. I.	ONCOLOGIA MEDICA – CHEMIOTERAPIA	»	36
SEZ. L.	MEDICINA IPERBARICA	»	36
SEZ. M.	LITOTRIPSIA	»	37
SEZ. N.	TERAPIE	»	37
	Radioterapia	»	37
	Trattamenti HIFU	»	38
	Terapia antalgica	»	39
	Terapie con radionuclidi	»	40
SEZ. O.	INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO OPPURE IN REGIME DI RICOVERO DIURNO (DAY SURGERY)	»	40
	Cardiochirurgia	»	40
	Cardiologia interventistica	»	41
	Chirurgia della mammella	»	42
	Chirurgia della mano	»	43
	Chirurgia del piede	»	44
	Chirurgia dermatologica – Crioterapia – Laserterapia	»	45
	Chirurgia generale	»	46
	Interventi chirurgici minori	»	46
	Collo	»	47
	Esofago	»	47
	Stomaco – Duodeno	»	47
	Intestino: Digiuno – Ileo – Colon – Retto – Ano	»	48
	Parete addominale	»	49

Peritoneo	pag.	50
Fegato e vie biliari	»	50
Pancreas – Milza	»	51
Chirurgia oro-maxillo-facciale	»	52
Chirurgia pediatrica	»	54
Chirurgia plastica ricostruttiva	»	55
Chirurgia toraco-polmonare	»	56
Chirurgia vascolare	»	58
Gastroenterologia (diagnostica – atti invasivi)	»	59
Ginecologia	»	60
Neurochirurgia	»	62
Oculistica	»	64
Orbita	»	64
Sopracciglio	»	64
Palpebre	»	64
Vie lacrimali	»	65
Congiuntiva	»	65
Cornea	»	65
Cristallino	»	66
Sclera	»	66
Operazione per glaucoma	»	66
Iride	»	66
Retina	»	67
Muscoli	»	67
Bulbo oculare	»	67
Trattamenti laser	»	67
Ortopedia e traumatologia	»	68
Bendaggi	»	68
Apparecchi gessati	»	68
Lussazioni e fratture	»	69
Interventi incruenti	»	69
Interventi cruenti	»	69
Tendini – Muscoli – Aponeurosi – Nervi periferici	»	72
Ostetricia	»	72
Otorinolaringoiatria	»	73
Orecchio	»	73
Naso e seni paranasali	»	74
Faringe – cavo orale – orofaringe	»	75
Laringe e ipofaringe	»	75
Radiologia interventistica	»	76
Urologia	»	78
Piccoli interventi e diagnostica urologica	»	78
Endoscopia diagnostica	»	78
Endoscopia operativa	»	78
Rene	»	79
Uretere	»	79
Vescica	»	80
Prostata	»	80
Uretra	»	81
Apparato genitale maschile	»	81
SEZ. P. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	»	82
Analisi cliniche	»	82
Esami cito/istologici/immunoistochimici	»	96
Prelievi	»	96

Cardiologia	pag.	96
Diagnostica per immagini	»	97
Angiografia	»	97
Ecografia	»	98
Mineralometria – Densitometria ossea	»	98
Radiologia tradizionale	»	99
Risonanza Magnetica Nucleare	»	101
Tomografia Assiale Computerizzata	»	102
Diagnostica vascolare	»	103
Ultrasonografia doppler – Ecodoppler – Ecocolordoppler	»	103
Medicina Nucleare	»	103
Apparato circolatorio	»	103
Apparato digerente	»	104
Apparato emopoietico	»	104
Apparato osteo-articolare	»	104
Apparato respiratorio	»	104
Apparato urinario	»	104
Fegato - vie biliari - milza	»	104
Sistema nervoso centrale	»	105
Tiroide e paratiroide	»	105
Altri organi	»	105
Neurologia	»	105
Oculistica	»	106
Otorinolaringoiatria	»	107
Pneumologia	»	108
Test allergometrici/Allergologia	»	108
SEZ. Q. FISIOKINESITERAPIA	»	109
Riabilitazione cardiologica	»	109
Riabilitazione neuromotoria	»	109
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	»	109
Kinesiterapia (terapia di movimento)	»	109
SEZ. S. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE	»	110
SEZ. T. CURE TERMALI	»	110
SEZ. U. TICKET	»	110

AVVERTENZE

Si ricorda che nell'ambito della semplificazione delle procedure e delle modalità di interagire con il Fondo, a partire dal 1° gennaio 2015, è stato previsto per le richieste di rimborso delle spese sanitarie, l'inoltro della documentazione di spesa in copia e non più in originale. Al contempo, è stata resa operativa anche la modalità di inoltro delle richieste di rimborso telematiche.

Le avvertenze costituiscono parte integrante del Tariffario per una corretta applicazione dello stesso.

Il presente Nomenclatore-Tariffario analitico riporta le prestazioni possibili in Medicina e Chirurgia, certamente sempre con limiti derivanti dalla continua evoluzione delle branche medico-chirurgiche.

Il Nomenclatore-Tariffario è suddiviso in nove raggruppamenti omogenei comprendenti:

- visite specialistiche;
- degenze e prestazioni complementari;
- interventi chirurgici;
- accertamenti diagnostici;
- fisiokinesiterapia;
- presidi e protesi;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- cure termali;
- ticket.

Le voci non presenti nel Nomenclatore-Tariffario sono da considerarsi come non rimborsabili dal Fasi pur se, in virtù di quanto sopra indicato, il Fondo si riserva di valutarne la rimborsabilità e l'eventuale inserimento nelle successive edizioni.

In alcuni casi, le "Sezioni" possono essere precedute da "Premesse di branca" che forniscono chiarimenti utili all'ottenimento del rimborso

- *Prestazioni odontoiatriche*

Per le prestazioni odontoiatriche, il Fasi ha predisposto dal 1° gennaio 2005 una Guida corredata dal Nomenclatore-Tariffario appositamente dedicato, in cui vengono esposte le regole ed i termini di accesso per tali prestazioni.

Nel caso di prestazioni odontoiatriche eseguite in regime di ricovero, in istituti di cura riconosciuti, 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 esposte nel Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria (di colore verde) e le stesse concorreranno alla valorizzazione delle altre voci (sala operatoria ecc.). In tal caso, i medicinali, i materiali sanitari 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 è previsto apposito codice all'interno del Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria.

- *Visite specialistiche*

Sono rimborsabili solo ed esclusivamente le visite specialistiche a scopo diagnostico con la esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico. 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.

Nessun rimborso è previsto per: visite odontoiatriche, visita senologica, prestazioni di medicina generica (iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, 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, visite mediche finalizzate al rilascio di certificazioni (patente, idoneità sportiva, ecc...) visite mediche finalizzate all'estetica della persona indipendentemente se eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi.

Altresì non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa per: le visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, 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 infusionale ambulatoriali, domiciliari, in day hospital, in ricovero notturno (vedi Sezione I), oppure quella prestata dallo specialista oncologo, solo durante il ricovero notturno, senza chemioterapia.

Dalla documentazione deve risultare chiaramente il tipo di terapia praticata.

Per assistenza medica in degenza deve intendersi l'assistenza prestata giornalmente dall'intera équipe medica curante durante i ricoveri senza intervento chirurgico.

È comunque escluso il riconoscimento di tale voce nei casi di ricoveri per forme morbose croniche ed in day hospital (ricovero medico diurno).

- Degenze

La retta giornaliera (sez. C) è rimborsabile 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 (Nomenclatore-Tariffario codice 2), oltre ai quali viene applicata la retta giornaliera per forme morbose croniche (Nomenclatore-Tariffario codice 5).

La retta giornaliera, è applicabile, nei limiti della spesa effettivamente sostenuta, per i ricoveri in reparti di medicina o chirurgia di strutture sanitarie pubbliche, private non accreditate o Case di Cura accreditate, per la risoluzione di eventi nella fase acuta. 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), concorrono al raggiungimento dei 90 giorni massimi annui. Per la sola differenza di classe, ovvero del maggior comfort alberghiero, senza scelta del medico curante, è prevista una specifica tariffa massima giornaliera, sempre nei limiti della spesa effettivamente sostenuta.

Il rimborso per il day hospital e il day surgery 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.

La retta giornaliera (Nomenclatore-Tariffario codice 5) per ricoveri per patologie croniche (rilevabili dalla documentazione sanitaria fornita con la richiesta di rimborso e da quella pregressa) e/o per ricoveri per riabilitazione è applicata 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). La stessa retta giornaliera è applicabile, fin dall'inizio della degenza, per 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).

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.

- Medicinali - Materiali sanitari

Sono rimborsabili, nella misura prevista, esclusivamente i medicinali utilizzati durante il ricovero 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 in struttura sanitaria e regolarmente esposti in fattura.

I prezzi fatturati non possono comunque superare quelli pubblicati annualmente dall' "Informatore Farmaceutico".

Non sono previsti rimborsi per:

- spese per magazzino dei medicinali;
- diritti di segreteria;
- diritti amministrativi;
- rilascio copia cartella clinica;
- rilascio copie radiografiche;
- VHS, CD, DVD.

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 se esposti in fattura.

- Uso sala operatoria

La spesa per l'uso della sala operatoria è rimborsabile in base alle apposite tariffe in relazione alla tariffa prevista per l'intervento subito, sempre ovviamente entro i limiti della spesa effettivamente sostenuta; il rimborso viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso. La tariffa per la sala operatoria comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura, salvo quanto specificatamente descritto.

Il rimborso per la sala ambulatoriale si intende comprensivo dei medicinali e dei materiali sanitari.

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

- Cartella clinica

In caso di ricovero, sia con degenza notturna, sia con degenza diurna, con o senza intervento chirurgico, è indispensabile trasmettere la copia completa della relativa cartella clinica.

- Interventi chirurgici

La tariffa prevista per le singole voci è onnicomprensiva delle prestazioni effettuate da tutti i partecipanti all'atto chirurgico (operatore, aiuti, assistenti, anestesista, 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 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.

In caso di interventi chirurgici concomitanti e contemporanei, 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%.

In tutti i casi, il tipo di intervento eseguito deve risultare inequivocabilmente dal registro della sala operatoria descritto nella cartella clinica.

Per quanto riguarda gli interventi eseguiti ambulatorialmente 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 nello stesso regime, è necessario inoltrare anche il referto dell'esame istologico 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: atti chirurgici e/o terapie mediche connesse ad infertilità e/o sterilità maschile o femminile; atti chirurgici per l'impotenza maschile e frigidity femminile; tutte le cure 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.

Non sono rimborsabili qualsiasi tipo di cure o 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 quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "Trattamenti laser".

- Accertamenti diagnostici

Per accedere ai previsti rimborsi è necessario trasmettere unitamente alle relative fatture, il dettaglio delle prestazioni eseguite nonché la prescrizione del medico curante con l'indicazione del tipo di patologia 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.

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 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 eseguiti 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 in vigore 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.

Le tariffe comprendono altresì l'onorario del radiologo o del medico nucleare e di altri specialisti, ove intervengano, i mezzi di contrasto, i materiali, i medicinali ed altro, salvo quanto espressamente previsto dalle singole premesse specifiche di branca, espresse per ogni sottosezione. L'eventuale assistenza anestesologica per gli esami diagnostici e/o invasivi, laddove necessaria, è compresa nella tariffa prevista per il singolo esame, salvo quanto, eventualmente, specificatamente descritto.

Per alcuni esami diagnostici, è prevista la riduzione del 50% sul secondo esame come più dettagliatamente riportato nelle relative "Premesse Specifiche di Branca".

- 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 ed 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, 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.

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.

Deve inoltre risultare chiaramente l'abilitazione professionale in fisiokinesiterapia della persona che ha effettuato e fatturato le prestazioni o, nel caso di terapie praticate presso centri autorizzati ad eseguire prestazioni di carattere riabilitativo (autorizzazioni rilasciate dalle Autorità competenti), la specializzazione del centro medesimo.

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, etc.

Per le cure domiciliari valgono le stesse regole e le stesse tariffe massime riportate nel vigente Nomenclatore-Tariffario.

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, la limitazione del numero di prestazioni rimborsabili (ad eccezione della limitazione per l'agopuntura, e per il noleggio di apparecchiature e per le onde d'urto focali, che rimane confermata) 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, etc);
- cerebropatie infantili (spastici, etc);
- patologie intrinseche neurologiche (Corea di Hungtinton, Parkinson, etc.);
- rieducazione degli amputati;
- patologie intrinseche del muscolo (distrofia muscolare progressiva, etc.).

A tal fine la documentazione delle spese sostenute, fin dalla prima richiesta dell'anno, dovrà essere accompagnata da una dettagliata relazione del medico specialista competente per diagnosi, che evidenzi il quadro clinico e l'iter terapeutico, in particolare per quanto riferito al numero e tipo di prestazione fisiokinesiterapiche necessarie al mantenimento/stabilizzazione del quadro clinico stesso.

A seguito di interventi chirurgici quali:

- protesi di anca o 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. Per ottenere la non applicabilità dei limiti di rimborso, nel predetto periodo, si deve obbligatoriamente allegare la copia della cartella clinica, anche se precedentemente inviata con altra richiesta di rimborso, supportata dalla lettera di dimissioni ospedaliera, ovvero, da una relazione 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.

- Assistenza infermieristica domiciliare

Per l'anno 2011 è ancora in essere la polizza assicurativa per l'erogazione di specifici servizi di assistenza medica ed infermieristica.

Si rimanda alla attenta lettura dello specifico capitolo contenuto nelle presenti "Avvertenze".

- Cure termali

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.

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 di contemporanea effettuazione di 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 nonché la documentazione di spesa per l'ingresso agli stabilimenti termali. Dai rimborsi sono tassativamente escluse le spese di soggiorno.

- 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 Tariffario**, ed è soggetto alle stesse limitazioni quantitative e/o temporali previste nell'ambito di ciascuna prestazione. *Si ricorda che il Ticket è una voce di spesa diversa dalla Quota fissa Finanziaria 2011, dalla Quota Decreto Regione Lazio 2008 e dal Contributo Fisso Aggiuntivo Quota ricetta.*

- Esclusioni

La liquidazione dei rimborsi regolarmente richiesti avverrà esclusivamente sulla base delle voci e con i criteri riportati nel Nomenclatore-Tariffario Fasi in vigore.

In particolare, si ricorda che non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa, da parte del Fondo, per: visite odontoiatriche; le visite effettuate dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria o neuropsichiatria; per prestazioni di medicina generica che comprendono, tra l'altro, le visite, le iniezioni, le fleboclisi, le vaccinazioni, 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; emodialisi; esami termografici; fisioterapia/ terapie fisiche oltre 80 prestazioni l'anno salvo particolari autorizzazioni da parte del Fasi per gravi quadri sintomatologici o patologie (vedere avvertenze del Nomenclatore-Tariffario in vigore); iniezioni sclerosanti; prestazioni di medicina del lavoro; prestazioni di medicina legale; prestazioni di medicina preventiva salvo i casi previsti dal Fondo in forma diretta; prestazioni di medicina omeopatica e/o alternativa; osteopatia; certificazioni mediche per patente e/o per idoneità sportiva ecc.; 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; qualsiasi altro trattamento laser in oculistica oltre quelli indicati nell'apposita branca nel paragrafo "trattamenti laser"; 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; terapie e/o visite mediche eseguite da chirurghi plastici ricostruttivi per finalità estetiche; 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 Casa 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).

Eventuale documentazione di spesa non rimborsabile, che nonostante tutto venisse presentata al Fasi per il rimborso, non verrà presa in esame dal Fondo.

Si prega, pertanto, di non richiedere rimborsi per prestazioni non previste dal predetto Nomenclatore-Tariffario, onde evitare intralci alla regolare liquidazione delle pratiche.

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE SANITARIE A RIMBORSO

Premesso che:

- per effetto dell'applicazione dell'articolo 13 del DPR n. 642/72 ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza, o simile documento non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad € 77,48 deve essere assoggettata ad imposta di bollo, nella misura attualmente fissata (in base alla legge n.71/2013 di conversione con modificazioni del Decreto Legge n.43/2013) in € 2,00, mediante applicazione da parte di chi emette il documento di spesa, di marche o bollo a punzone. In alcuni casi e solo per alcuni soggetti autorizzati dagli organi competenti tale imposta può essere assolta in modo virtuale;
- in caso di trasgressione dell'obbligo di cui sopra è prevista una sanzione amministrativa compresa tra il 100% ed il 500% del tributo dovuto;
- sono obbligati in solido al pagamento del tributo e delle eventuali sanzioni amministrative tutte le parti che sottoscrivono, ricevono, accettano o negoziano atti o documenti non in regola con l'assolvimento del tributo ovvero li allegano ad altri atti o documenti;
il Fasi, qualora riceva dai propri assistiti, ai fini del rimborso, atti o documenti privi di marca o bollo a punzone, ai fini dell'esonero da responsabilità amministrativa, è obbligato alla presentazione di tali documenti all'Ufficio del Registro.

Gli iscritti sono obbligati dalle norme vigenti in materia a pagare in proprio la marca da bollo anche per le fatture/ricevute sanitarie emesse da Strutture Sanitarie e/o da medici-chirurghi-odontoiatri convenzionati in "forma diretta" con il Fasi. Il costo della marca da bollo non è rimborsato dal Fasi.

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 è ivata al 22% nelle Strutture Sanitarie Private non accreditate; è ivata 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 Fondo non prevede il rimborso per tale imposta che, sia nella forma diretta sia nella indiretta, rimane a totale carico dell'iscritto/assistito.

RIMBORSI REGIONALI PER L'ASSISTENZA SANITARIA INDIRETTA

Si ricorda agli iscritti che alcune Regioni italiane riconoscono, per alcune prestazioni eseguite in strutture sanitarie non accreditate (non convenzionate con il S.S.R.), somme anche importanti. A questo proposito si ribadisce che il Fasi è un fondo integrativo del S.S.N., per cui è sicuramente opportuno esercitare tale diritto nel proprio interesse.

In sintesi la pratica da svolgere è la seguente:

- a) prima di accedere ad una casa di cura privata non accreditata, per eseguire delle prestazioni, è necessario rivolgersi alla propria AUSL e chiedere se la prestazione che si deve eseguire è riconosciuta dalla Regione di appartenenza nella forma di rimborso indiretto ed a quali condizioni. In caso affermativo, l'interessato dovrà compilare la prima parte di un apposito modulo fornito dalla AUSL medesima;
- b) dopo le dimissioni si dovrà consegnare alla AUSL: la copia della cartella clinica e gli originali delle documentazioni di spesa. È opportuno produrre anche una copia delle fatture, poiché in molti casi le AUSL autenticano le copie e restituiscono gli originali. La pratica va completata presso la AUSL, compilando la seconda parte dell'apposito modulo (sempre fornito dalla stessa AUSL). Le fatture in copia nonché la copia della certificazione circa il rimborso ottenuto, vanno inoltrate al Fasi nei termini statutari previsti.

- Eccedenze a carico dell'iscritto nella forma diretta

Si ricorda agli iscritti che le eccedenze possono variare da Struttura a Struttura convenzionata in forma diretta, fermo restando il medesimo rimborso da parte del Fasi per le prestazioni riconosciute come rimborsabili contenute nel Nomenclatore-Tariffario in vigore. Per tale motivo, si suggerisce di chiedere sempre un preventivo di spesa di massima alle strutture sanitarie convenzionate in forma diretta, in particolar modo per i ricoveri con o senza intervento chirurgico.

Gli iscritti/assistiti dovranno farsi rilasciare la documentazione di spesa in originale (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, 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 di prestazioni stessa;
- autorizza le Strutture Sanitarie 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 medici 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;
- si impegna inderogabilmente a saldare tutte le prestazioni che, successivamente alla erogazione delle prestazioni da parte della Struttura, non risultassero liquidabili per la perdita del diritto alla 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;
- concede il "consenso" al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, così come previsto dalla legge 196/03 e successive integrazioni e/o modificazioni, sulla privacy.

Ulteriori informazioni si possono ottenere telefonando alla Centrale Informativa Sanitaria Fasi al numero 06/518911 (opzione 1).

- Cure eseguite in Paesi Esteri

Si ricorda che il Fasi interviene economicamente anche a fronte delle spese sostenute all'estero presso medici e/o strutture sanitarie, nella stessa misura ed alle stesse condizioni previste per le cure effettuate nel nostro Paese.

Si fa riferimento, quindi, al Nomenclatore-Tariffario vigente, 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.

Comunque, 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 sopra indicato, 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.

SERVIZIO DI ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA
E PROFESSIONALE
(Forniti dalla Centrale Operativa Blue Assistance)

**SERVIZIO DI ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA
E PROFESSIONALE
(Forniti dalla Centrale Operativa Blue Assistance)**

Il Fasi ha provveduto al rinnovo, anche per il corrente anno 2011, della polizza assicurativa per l'erogazione di servizi di Assistenza Medica e Infermieristica.

Attraverso uno specifico Accordo con la Società Allianz S.p.A. e la Società Reale Mutua Assicurazioni (di seguito per brevità denominate Società) la **Centrale Operativa Blue Assistance** fornirà agli iscritti al Fondo e ai loro familiari assistiti le prestazioni riportate al successivo capitolo "PRESTAZIONI", tra le quali ricordiamo:

- l'invio di un infermiere professionale a domicilio, post ricovero;
- l'assistenza professionale domiciliare per i casi di non autosufficienza (**riconoscimento di un indennizzo forfetario**) ;
- il reperimento ed invio di una ambulanza nei casi di urgenza;
- la consulenza Sanitaria per i ricoveri all'estero di alta specializzazione;
- altre prestazioni mediche/specialistiche.

In particolare, relativamente ai casi di non autosufficienza, l'indennizzo forfetario previsto per ciascun mese di assistenza è pari ad € 750,00, mentre il numero di giorni di massimo indennizzo di 270, per anno assicurativo e per assistito.

MODALITÀ PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Al fine di avvalersi del servizio offerto, per ogni richiesta di assistenza o denuncia di sinistro, l'assistito dovrà contattare, al momento dell'insorgere della necessità, la Centrale Operativa Blue Assistance in funzione 24 ore su 24, al numero verde dedicato 800 63 6233 oppure al numero urbano 011.7417272.

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'assistito potrà trasmettere un fax al numero 011.7425588 oppure utilizzare il seguente indirizzo di posta elettronica: fasi@blueassistance.it

È necessario qualificarsi quale assistito Fasi, comunicando:

- Cognome, nome e numero di posizione Fasi;
- Prestazione richiesta (compresa tra quelle previste ed elencate nel capitolo "Prestazioni");
- Dati relativi al luogo dove intervenire;
- Numero telefonico al quale essere ricontattato.

Gli interventi per la fornitura dei servizi di assistenza richiesti saranno disposti direttamente dalla Blue Assistance/Servizio Fasi, 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 durata annuale della polizza, le prestazioni medesime, compresa l'assistenza domiciliare professionale (non autosufficienti), non potranno essere riconosciute in forma retroattiva.

Si ricorda che tutte le prestazioni devono intendersi nei limiti economici e temporali previsti per ogni singolo intervento (vedere successivo capitolo "PRESTAZIONI").

PRESTAZIONI

Garanzie Prestate 24 ore su 24 – tutti i giorni dell'anno

PERIODO DI COPERTURA

Il periodo di copertura è considerato dal 1° gennaio 31 dicembre.

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.

INFORMAZIONI SANITARIE

Dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 17.00 (esclusi i festivi infrasettimanali), 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.

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.

ASSISTENZA PROFESSIONALE DOMICILIARE (NON AUTOSUFFICIENZA)

Qualora l'assistito, in conseguenza di un infortunio o di una malattia, risulti non autosufficiente (vedasi definizione di "Non Autosufficienza" nella sezione "Glossario") e necessiti di assistenza professionale domiciliare, dovrà contattare telefonicamente la Società Blue Assistance (dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00 ed il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00). La Società riconosce un indennizzo forfetario di € 750,00 per ciascun mese di assistenza e per un massimo di 270 giorni per evento, per anno assicurativo e per assistito.

Per le assistenze infra mensili, il limite di € 750,00 si intende proporzionalmente ridotto in funzione della effettiva durata sub mensile dell'assistenza, secondo il criterio "pro rata temporis".

Lo stato di non autosufficienza viene riconosciuto ad insindacabile giudizio dei medici di Blue Assistance, anche a seguito, laddove ritenuto necessario, di eventuali controlli medici per appurare lo stato di salute dell'assistito.

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/Servizio Fasi è possibile ottenere l'invio di un medico convenzionato con Blue Assistance stessa.

In alternativa, Blue Assistance/Servizio Fasi, 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/Servizio Fasi 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.

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/Servizio Fasi 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.

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/Servizio Fasi 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.

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.

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.

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.

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/Servizio Fasi 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 possesso 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.

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.

INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Qualora una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'assistito dal medico curante sia introvabile sul posto, Blue Assistance, nel caso che i propri medici di guardia concordino che le specialità ivi reperibili non siano equivalenti, provvederà ad inviare all'assistito i medicinali, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che ne regolano il trasporto.

Il costo dei medicinali sarà a carico dell'assistito, il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a rimborsare l'importo alla Società.

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.

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.

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.

CENTRALE OPERATIVA BLUE ASSISTANCE/SERVIZIO FASI

Blue Assistance è a disposizione dell'assistito per fornire immediatamente assistenza mediante Linea Verde dedicata, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7

Numero verde 800 63 62 33

Dall'estero, l'assistito ha a disposizione:

Numero 0039 011 74 17 272

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, l'assistito sarà richiamato al massimo entro le successive 8 ore lavorative.

ASSISTIBILITÀ

L'assistibilità degli iscritti Fasi e dei componenti i rispettivi nuclei familiari è verificata mediante un apposito collegamento telematico permanente tra Blue Assistance/Servizio Fasi ed il Fasi, gestito e verificato costantemente dal Fasi stesso, in base alle informazioni anagrafico –contributive in suo possesso al momento della richiesta.

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.

RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'assistito o chi per esso, il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della prestazione che si accerti non essere dovuta in base alle condizioni previste.

LIMITI DI ETÀ E NUCLEO FAMILIARE

La copertura assicurativa vale per tutti gli assistiti dal Fasi senza limiti di età.

ESCLUSIONE

L'assicurazione vale per tutti gli assistiti dal Fasi indipendentemente dallo stato di salute degli assistiti stessi al momento dell'inizio della polizza. Tuttavia e in deroga agli artt.1892, 1893 e 1898 c.c., premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione all'assistito affetto da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o da malattie psichiatriche in genere, è stato convenuto che la Società stessa ha facoltà di non prestare il servizio all'assistito affetto da una delle predette patologie (o di ottenere il rimborso di prestazioni non dovute).

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.

INFORMAZIONI E CONTESTAZIONI

Per qualsiasi richiesta di informazioni, lamentele, contestazioni, l'assistito deve rivolgersi direttamente alla Blue Assistance/Servizio Fasi.

Si informa, comunque, che il Fasi e le Società firmatarie della polizza favoriranno una reciproca collaborazione nella gestione dell'accordo.

In particolare, è stata istituita una Commissione Paritetica Permanente, presso il Fasi, composta da quattro membri, due nominati dalle Società Allianz e Reale Mutua Assicurazioni e due nominati dal Fasi, a tutela degli assistiti.

In caso di disaccordo fra l'assistito e la Blue Assistance in merito al mancato servizio e/o indennizzo del sinistro dichiarato, è facoltà dell'assistito di rivolgersi, per la risoluzione della controversia, alla Commissione Paritetica Permanente.

GLOSSARIO

Iscritto:

titolare iscrizione Fasi

Assistito:

la persona iscritta al Fasi nel momento dell'insorgere della necessità della prestazione

Centrale Operativa Blue Assistance:

la struttura del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza previste

Contraente:

il Fasi (Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa)

Domicilio:

il luogo di abitazione, anche temporanea, dell'assistito

Eestero:

i paesi non compresi nella definizione ITALIA

Garanzia:

la prestazione fornita tramite Blue Assistance

Infortunio:

ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o temporanea

Istituto di cura:

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza medica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, le cliniche per cure dietologiche ed estetiche nonché le colonie della salute, i gerontocomi e gli ospizi per anziani.

Italia:

il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano

Malattia:

ogni alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio

Malattia improvvisa:

malattia di insorgenza acuta

Non Autosufficienza:

per "non autosufficienza" s'intende l'impossibilità fisica di compiere, senza l'assistenza di terzi, almeno tre delle seguenti attività della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (anche di entrare e di uscire dalla vasca e dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente;
- vestirsi e/o svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra;
- spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia a rotelle e viceversa;
- andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in

modo da mantenere il livello di igiene personale soddisfacente;
- bere e/o mangiare: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri

Residenza:

il luogo in cui l'assistito ha la dimora abituale

Ricovero:

la degenza, comportante pernottamento, in istituti di cura regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera

Rientro Sanitario:

il trasferimento dell'assistito dall'Estero in Italia presso l'istituto di cura prescelto alle cure de l'caso o al proprio domicilio

Società:

Compagnia di Assicurazioni Reale Mutua e Allianz SpA

Trasferimento Sanitario:

il trasporto dell'assistito ad insindacabile giudizio di Blue Assistance:

- a) dal proprio domicilio, o dall'istituto di cura presso il quale si trova ricoverato, all'istituto di cura prescelto ed abilitato alle cure del caso;
- b) dal proprio domicilio o dal luogo del sinistro, al più vicino ed idoneo istituto di cura;
- c) dall'istituto di cura, presso il quale era ricoverato, al proprio domicilio, in caso di dimissione

Trasporto sanitario:

l'organizzazione del trasferimento dell'assistito con il mezzo più idoneo (ambulanza, treno, aereo di linea, aereo sanitario o altro mezzo) ad insindacabile giudizio di Blue Assistance

Viaggio:

qualunque località al di fuori del proprio domicilio sia durante i trasferimenti che durante il soggiorno per lavoro, vacanza o altro.

SEZIONE B. - VISITE SPECIALISTICHE*Premesse specifiche di branca*

Sono rimborsabili solo le visite specialistiche a scopo diagnostico. 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. Non sono rimborsabili le visite effettuate dal medico odontoiatra, dallo specialista in igiene e medicina preventiva, dallo specialista in medicina del lavoro, dallo psicologo e le sedute di psicoterapia, anche se eseguite da un medico-chirurgo specialista in neurologia o psichiatria o neuropsichiatria. 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.

- | | | |
|---|--|-------|
| 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 anche premesse)***Premesse specifiche di branca*

La retta di degenza in reparto di rianimazione/terapia intensiva o unità coronarica si intende comprensiva, oltre che della retta di degenza ordinaria, dell'assistenza medico-infermieristica continua (24 ore) e dell'uso di apparecchiature speciali, così come per la terapia sub-intensiva. Tutte le rette di degenza, indicata nella presente sezione, concorrono al calcolo del limite massimo di 90 giorni (fatta eccezione per la retta di degenza al di cui codice 5). La retta giornaliera per ricoveri per forme morbose croniche e/o per ricoveri per riabilitazione e/o ricoveri in RSA è applicata fin dall'inizio della degenza e senza limitazioni di tempo

- | | | |
|---|---|----------|
| 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 | 220,00 |
| 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 | 140,00 |
| 5 | Retta di degenza giornaliera relativa a ricoveri per forme morbose croniche e/o per riabilitazione e/o ricoveri 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. È sostitutiva della normale retta di degenza. | 420,00 |
| 7 | Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno in reparto di terapia intensiva/rianimazione/unità coronarica/sala asettica per trapianti (comprensiva dell'assistenza 24 h équipe medico/infermieristica con paziente solitamente intubato). La retta è omnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. È sostitutiva della normale retta di degenza. | 1.000,00 |
| 8 | Retta giornaliera di degenza in regime di ricovero notturno in reparto di terapia subintensiva (comprensiva di assistenza paramedica 24 h, monitoraggio 24 h/telemetria, assistenza non continuativa dell'équipe medica con paziente non intubato). La retta è omnicomprensiva ad eccezione dei materiali, medicinali ed esami diagnostici. È sostitutiva della normale retta di degenza. | 500,00 |

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

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 in Struttura Sanitaria e regolarmente esposti in fattura (fatta eccezione per i materiali e i 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 e i suoi derivati, vedi sez. F.

Non si considerano rimborsabili come materiali le voci comprese nella sezione E. - Presidi e protesi.

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. - PRESIDI 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.

19	Apparecchio laringofono	355,00
20	Corsetto ortopedico	120,00
21	Corsetto ortopedico per scoliosi	295,00
22	Defibrillatore cardiaco	12.600,00
23	Infusore continuo di farmaci anti blastici	2.000,00
24	Ortesi ortocranica per plagiocefalia	1.500,00
25	Pace maker completo di accessori	3.100,00
26	Protesi acustica monolaterale per ipoacusia	1.200,00
27	Protesi acustica bilaterale per ipoacusia	1.600,00
28	Protesi articolare	2.950,00
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
36	Stent vascolari	1.500,00
37	Stent, altri tipi di	500,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
38	Tutore di funzione arto inferiore	225,00
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		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Le analisi inerenti sangue ed emoderivati vengono rimborsate secondo le relative tariffe esposte nella sezione P.		
Aferesi terapeutica		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.		
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		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
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.		
48	Prestazioni professionali per recupero sangue intraoperatorio	500,00
49	Prestazioni professionali per recupero sangue postoperatorio	420,00
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**

Usi sale dedicate

Premesse specifiche di branca

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.

53	Usi sala ambulatoriale dedicata per piccoli interventi chirurgici / endoscopie (compresi materiali e medicinali di uso comune ed eventuale uso di anestetici locali), se eseguiti in ospedali, case di cura, day hospital, day surgery	70,00
54	Usi sala gessi	80,00
55	Usi sala parto	500,00

Usi sala operatoria

Premesse specifiche di branca

La spesa per l'uso della sala operatoria è rimborsabile in base alle apposite tariffe esposte che sono in relazione alle tariffe Fasi previste per ogni intervento chirurgico subito, sempre ovviamente entro i limiti della spesa effettivamente sostenuta; il rimborso viene quindi a sommarsi a quello riconosciuto per l'intervento stesso.

La tariffa per la sala operatoria comprende l'uso di qualsiasi attrezzatura utilizzata, salvo quanto specificatamente descritto.

Usi 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. Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali

56	Con tariffa di riferimento dell'intervento fino a 550 euro	210,00
57	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 551 euro a 1.050 euro	310,00
58	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.051 euro a 1.550 euro	465,00
59	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.551 euro a 2.070 euro	517,00
60	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 2.071 euro a 2.590 euro	620,00
61	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 2.591 euro a 3.620 euro	775,00
62	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 3.621 euro a 4.650 euro	930,00
63	Con tariffa di riferimento dell'intervento oltre 4.650 euro	1.343,00
64	Usi 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.	550,00
65	Usi 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.	3.100,00

**Usi 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.
Sono esclusi dalle tariffe esposte i costi per materiali e medicinali**

66	Con tariffa di riferimento dell'intervento fino a 550 euro	220,00
67	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 551 euro a 1.050 euro	310,00
68	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.051 euro a 1.550 euro	465,00
69	Con tariffa di riferimento dell'intervento da 1.551 euro a 2.070 euro	517,00
70	Con tariffa di riferimento dell'intervento oltre 2.071 euro	620,00

Uso strumenti ad alto costo della struttura sanitaria

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.

71	Uso amplificatore di brillanza in sala operatoria	80,00
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
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	220,00
80	Uso pompa elettronica portatile per infusione continua o circadiana per mono - polichemioterapia (al giorno)	30,00

**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 dell'intera équipe medica durante un ricovero con degenza notturna. È escluso il rimborso per tali prestazioni se eseguite in un 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 che segue.

81	Assistenza équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna: dalla prima alla decima giornata	90,00
82	Assistenza équipe medica durante un ricovero senza intervento chirurgico con degenza notturna: oltre la decima giornata	70,00

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

Premesse specifiche di branca

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

83	Chemio – ipertermia perfusionale (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 antiblastica 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 antiblastica, con terapia perfusionale: 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)

94	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

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

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

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 ed i sistemi di verifica durante il trattamento, le dosimetrie in vivo, il mezzo di contrasto e l'assistenza anestesilogica, 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.

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 3D 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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
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
140	Tomoterapia PET (per seduta)	450,00
141	Trattamento di termofrequenza mirato (per seduta)	2.625,00
Trattamenti HIFU per:		
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 durante la fase di ricovero. Le prestazioni sono rimborsabili solamente se eseguite in regime di ricovero diurno o notturno o ambulatoriale.

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

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
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	500,00
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)	100,00
183	Lisi peridurale (peridurolisi con caterere 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.

188	Feocromocitomi maligni e neuroblastomi - con 131I - MIBG - trattamento completo - in regime di ricovero notturno	1.100,00
189	Radiosinoviortesi - trattamento completo per un distretto articolare - in regime di day hospital	600,00
190	Radiosinoviortesi - 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)**

Cardiochirurgia (trattamenti completi)*Premesse specifiche di branca*

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

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.)	11.000,00
196	Bypass aorto coronarico singolo (C.E.C.)	9.000,00
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	9.500,00
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)	9.000,00
216	Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)	9.000,00
217	Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarici (C.E.C.)	10.000,00
218	Trapianto cardiaco (omnicomprensivo di tutti i servizi ed atti medici di espianto ed impianto)	100.000,00
219	Valvuloplastica cardiocirurgica	7.200,00

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.

220	Ablazione transcateretere	4.000,00
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	3.600,00
223	Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva di studio coronarografico, di eventuale stand-by cardiocirurgico ed applicazione di stents	4.200,00
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	1.700,00
230	Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di bypass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	2.300,00
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)	900,00
233	Impianto ed espianto di loop-recorder sottocutaneo	800,00
234	Mappaggio elettromeccanico endocavitario, compreso il riposizionamento e/o rimozione di elettrocateri ventricolari, qualsiasi metodica	2.500,00
235	Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateri e programmazione elettronica del pace maker	3.400,00
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 elettrocateri)	2.000,00
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	1.800,00
241	Sostituzione generatore di defibrillatore impiantabile	1.800,00
242	Stand by cardiocirurgico (presenza intera équipe) salvo i casi descritti in cui il compenso è compreso nelle tariffe esposte	1.300,00
243	Studio elettrofisiologico endocavitario	2.000,00
244	Valvuloplastica non cardiocirurgica	3.000,00

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.

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

245	Agoaspirato ecoguidato noduli mammari – compresa ecografia	240,00
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	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)	1.200,00
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 punto di repere per noduli non palpabili (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
261	Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica (compresa prestazione del medico nucleare/radiologo), senza altre linfoadenectomie associate	6.000,00
262	Quadrantectomia, compresa tecnica "NIPPLE-SPARING", senza linfoadenectomie 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 linfoadenectomie 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 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.

270	Amputazioni carpali	1.900,00
271	Amputazioni falangee	1.000,00
272	Amputazioni metacarpali	1.450,00
273	Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	2.700,00
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	2.500,00
284	Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	250,00
285	Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	3.200,00
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	1.000,00
293	Osteotomie (come unico intervento)	2.500,00
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	2.800,00
302	Sindromi canalicolari trattamento completo (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	1.500,00
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 neurolisi e/o sinoviectomia 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.

306	Alluce rigido compresa correzione chirurgica delle deformità interfalangee associate compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.800,00
307	Alluce valgo compresa correzione chirurgica delle deformità interfalangee associate compresa eventuale artroprotesi (trattamento completo)	1.800,00
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 (sottoastraglica isolata; sottoastraglica e astragalo-scafo-cuneiforme; astragalo-scafoidea e astragalo-scafo-cuneiforme, Lisfranc; etc.)	2.500,00
314	Artrodesi di tibio-tarsica (tibio-tarsica e sottoastraglica; tibio-tarsica e sottoastraglica 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	2.000,00
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	2.000,00
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)	1.500,00
324	Fasciotomia plantare con asportazione di sperone calcaneare	1.300,00
325	Frattura bimalleolare con o senza lussazione tibio astraglica 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
328	Frattura isolata di malleolo peroneale trattamento cruento	1.500,00
329	Frattura trimalleolare con o senza lussazione tibio astraglica trattamento cruento	3.000,00
330	Fratture astragalo trattamento cruento	2.000,00
331	Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	2.500,00
332	Lisi della sindesmosi tibio peroneale distale	900,00
333	Neuroma di Morton, intervento chirurgico per	1.900,00
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	Tendini peronei interventi per stabilizzazione di lussazione abituale	1.800,00
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).

Si intendono per tumori superficiali le neoplasie soprafasciali; per tumori profondi si intendono le neoplasie sottofasciali. In caso di interventi effettuati ambulatorialmente per l'asportazione di tumori maligni è indispensabile, per il riconoscimento del rimborso previsto, inviare anche il referto dell'esame istologico. Il Fasi, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento. Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, strumentazione/apparecchiature.

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi.

Voci mancanti in Chirurgia dermatologica si vedano in Chirurgia plastica ricostruttiva.

344	Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose del tronco/arti esclusi angiomi, spider nevi ed inestetismi (unica seduta)	155,00
345	Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose del viso, esclusi angiomi, spider nevi ed inestetismi (unica seduta)	165,00
346	Diatermocoagulazione o crioterapia o LASER per una o più lesioni, alterazioni, neoplasie eccetto i casi descritti (prima seduta)	50,00
347	Diatermocoagulazione o crioterapia o LASER per una o più lesioni, alterazioni, neoplasie eccetto i casi descritti (sedute successive)	30,00
348	Epiluminescenza digitale, qualsiasi apparecchiatura (max. 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	700,00
351	Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	1.500,00
352	Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (prima seduta)	75,00
353	Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (sedute successive)	45,00
354	Tumore profondo maligno cutaneo, asportazione allargata con riparazione di PSC (comprese linfoadenectomie)	2.000,00
355	Tumore profondo maligno cutaneo, asportazione allargata con riparazione di PSC (senza linfoadenectomie 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	180,00
358	Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	300,00
359	Tumore profondo maligno cutaneo del viso, asportazione di	800,00
360	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/arti, asportazione di	500,00
361	Tumore superficiale maligno cutaneo del viso, intervento chirurgico per	400,00
362	Tumore superficiale o cisti benigna del viso, intervento chirurgico per	250,00

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 effettuati ambulatorialmente per l'asportazione di tumori maligni è indispensabile, per il riconoscimento del rimborso previsto, inviare anche il referto dell'esame istologico. Il Fasi, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento. Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica (tradizionale, endoscopica o con altre strumentazioni/apparecchiature) e le medicazioni per qualsiasi tipologia di ferita o per ulcera cutanea di qualsiasi natura non sono rimborsabili.

Si intendono per tumori profondi extracavitari: il tumore del muscolo scheletrico, il tumore o la lesione simil tumorale fibrosa.

363	Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	210,00
364	Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	85,00
365	Ascesso o flemmone diffuso, incisione di	370,00
366	Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, trattamento chirurgico radicale di	500,00
367	Ascesso o flemmone superficiale e circoscritto, incisione di	180,00
368	Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	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	1.300,00
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	180,00
396	Ulcere cutanee e/o piaghe da decubito, toilette chirurgica in sedazione profonda (compresa necrosectomia).	800,00
397	Unghia incarnita, asportazione di (compresa plastica - trattamento completo)	180,00

Collo

398	Agoaspirato/agobiopsia ecoguidata per noduli tiroidei - compresa ecografia	120,00
399	Alcolizzazione percutanea ecoguidata di noduli tiroidei - compresa ecografia	310,00
400	Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	400,00
401	Biopsia prescalenica	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)	3.500,00
405	Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	4.200,00
406	Linfoadenectomia sopraclaveare (come unico intervento)	3.800,00
407	Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico (come unico intervento)	1.800,00
408	Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	5.500,00
409	Paratiroidi, reinterventi	5.000,00
410	Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	4.200,00
411	Tiroide, lobectomie	5.400,00
412	Tiroidectomia subtotale	5.040,00
413	Tiroidectomia totale, o totalizzazione di tiroidectomia, qualsiasi via di accesso, senza svuotamento laterocervicale	6.000,00
414	Tiroidectomia totale per gozzo mediastinico, intervento per	6.000,00
415	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale	6.100,00
416	Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale	6.500,00
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

Esophago

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 linfoadenectomia	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 linfoadenectomia	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

440	Bendaggio gastrico per il trattamento dell'obesità patologica, qualsiasi tecnica	4.000,00
441	Dumping syndrome, interventi di riconversione per	3.000,00
442	Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso e/o plastica dei pilastri diaframmatici)	6.000,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
443	Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per	6.800,00
444	Gastrectomia parziale o subtotale (compresa eventuale linfadenectomia)	9.000,00
445	Gastrectomia totale con linfadenectomia anche estesa	10.000,00
446	Gastrectomia totale con linfadenectomia estesa con splenopancreasectomia sinistra associata	12.300,00
447	Gastrectomia totale per patologia benigna	5.000,00
448	Impianto di neuromodulatore gastrico per via laparoscopica	2.000,00
449	Piloroplastica (come unico intervento)	1.800,00
450	Posizionamento di BIB (Bioenterycs Intragastric Ballon) per obesità patologica	1.700,00
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	700,00
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		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Per trattamenti terapeutici iniettivi s'intendono: il trattamento con tossina botulinica per le ragadi anali ed il trattamento con sclerosanti per le emorroidi.		
457	Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo	8.000,00
458	Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	5.000,00
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)	3.000,00
462	Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	1.650,00
463	Ascesso perianale, intervento per	1.500,00
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)	4.700,00
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)	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	6.500,00
482	Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (Hartmann ed altre)	7.500,00
483	Emorroidi (criochirurgia o diatermocoagulazione trattamento completo)	1.000,00
484	Emorroidi (laserchirurgia trattamento completo)	1.450,00
485	Emorroidi e ragadi (criochirurgia trattamento completo)	1.200,00
486	Emorroidi e ragadi (laserchirurgia trattamento completo)	1.600,00

487	Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica, qualsiasi apparecchiatura / strumentazione	2.500,00
488	Emorroidi interne, trattamenti terapeutici iniettivi (a seduta)	80,00
489	Emorroidi, intervento chirurgico radicale (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica, qualsiasi apparecchiatura / strumentazione	2.300,00
490	Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo - anche più sedute)	350,00
491	Enterostomia (come unico intervento)	2.800,00
492	Fistola anale extrasfinterica	1.600,00
493	Fistola anale intrasfinterica	1.800,00
494	Fistole anali (laserchirurgia, trattamento completo)	1.100,00
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	900,00
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	4.400,00
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	8.000,00
510	Ragade anale, trattamento con tossina botulinica (come unico intervento - max 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	1.500,00
513	Ragadi, criochirurgia per (trattamento completo)	750,00
514	Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	1.000,00
515	Resezione del sigma-retto per patologia benigna	5.000,00
516	Resezione del sigma-retto per patologia maligna con eventuali linfadenectomie associate	6.500,00
517	Resezione retto-colica anteriore (anche ultra bassa) compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	7.000,00
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)	1.200,00
Parete addominale		
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	2.700,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
528	Ernia crurale recidiva (compresa rimozione di rete)	2.100,00
529	Ernia crurale semplice	2.000,00
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	2.100,00
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	Laparocoele, intervento per	3.600,00
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
Peritoneo		
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 linfoadenopatie	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	1.700,00
560	Linfoadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	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)	1.350,00
564	Paracentesi (con o senza somministrazione endocavitaria di farmaci)	240,00
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		
567	Agobiopsia/agoaspirato (qualsiasi numero di prelievi)	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)	4.400,00
573	Colecistectomia laparoscopica con colangiografia intraoperatoria e esplorazione della via biliare ed eventuale estrazione di calcoli (compresa assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)	4.700,00
574	Colecistectomia laparoscopica con coledocolitotomia ed estrazione di calcoli (compresa colangiografia ed assistenza del radiologo) (compresa lisi di aderenze)	4.500,00
575	Colecistectomia laparotomica (compresa lisi di aderenze)	4.400,00
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	13.000,00
591	Resezioni epatiche minori	8.000,00
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

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	14.500,00
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 pancreatica	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
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 con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.

Si ricorda che per alcuni atti chirurgici, seppur eseguiti da medico chirurgo specializzato in chirurgia oro-maxillo-facciale, si può far riferimento ai codici previsti dal Nomenclatore-Tariffario Odontoiatria (Guida verde).

615	Biopsia delle ghiandole salivari	450,00
616	Artrocentesi temporo mandibolare	400,00
617	Asportazione di neoformazioni solide e/o cistiche benigne superficiali o profonde della lingua o del cavo orale	600,00
618	Biopsia o asportazione di tumori superficiali non cutanei	300,00
619	Calcolo salivare, asportazione di	650,00
620	Cateterismo del dotto salivare	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
640	Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	2.500,00
641	Ghiandola sottomascellare, asportazione per neoplasie maligne, compresa eventuale linfoadenectomia	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
649	Lingua o cavo orale, asportazione di neoplasie solide e/o cistiche benigne superficiali o profonde	300,00
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	Neoplasie endosseie di grandi dimensioni, exeresi di	3.500,00
660	Neoplasie 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 rivascolarizzati	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 si vedano le altre branche chirurgiche.

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

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.

S'intendono per tumori superficiali le neoformazioni soprafasciali; per tumori profondi s'intendono le neoformazioni sottofasciali. In caso di interventi effettuati ambulatorialmente per l'asportazione di tumori maligni è indispensabile, per il riconoscimento del rimborso previsto, inviare anche il referto dell'esame istologico. Il Fasi, comunque, si riserva di richiedere documentazione fotografica pre e post intervento.

Non sono considerate come prestazioni rimborsabili, i trattamenti laser e/o chirurgici delle teleangectasie, angiomi rubini, spider nevi ed analoghi.

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

Per le voci mancanti in Chirurgia plastica ricostruttiva si veda in Chirurgia dermatologica.

717	Allestimento di lembo pedunculato	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	300,00
724	Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione chirurgica di	700,00
725	Cicatrici del tronco o degli arti di piccole dimensioni, correzione chirurgica di	450,00
726	Cicatrici del tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione chirurgica di	800,00
727	Cicatrici del viso di piccole dimensioni, correzione chirurgica di	500,00
728	Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione chirurgica di	950,00
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	1.400,00
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
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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
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	700,00
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 (prima seduta)	70,00
764	Trattamento LASER o FELC di cheloidi e cicatrici (sedute successive)	40,00
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	180,00
769	Tumore profondo maligno cutaneo del viso, intervento chirurgico per	800,00
770	Tumore profondo maligno cutaneo di tronco/arti, intervento chirurgico per	500,00
771	Tumore superficiale maligno cutaneo del viso, intervento chirurgico per	400,00
772	Tumore superficiale o cisti benigna del viso, intervento chirurgico per	250,00
Chirurgia toraco - polmonare (trattamenti completi)		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.		
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	430,00
779	Biopsia polmonare	650,00
780	Biopsia sopraclaveare	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	2.200,00
786	Drenaggio pleurico per pneumotorace traumatico	2.200,00
787	Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	1.200,00
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	550,00
800	Lavaggio pleurico	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	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)	11.500,00
824	Resezioni polmonari segmentarie atipiche singole o multiple (comprese eventuali linfoadenectomie)	10.000,00
825	Resezioni segmentarie tipiche (comprese eventuali linfoadenectomie)	11.500,00
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
832	Torace carenato o escavato, trattamento chirurgico correttivo	7.750,00
833	Toracentesi (con o senza somministrazione endocavitaria di farmaci)	400,00
834	Toracoplastica, primo tempo	5.400,00
835	Toracoplastica, secondo tempo	3.800,00
836	Toracoscopia diagnostica (come unico intervento)	3.000,00
837	Toracoscopia operativa comprese eventuali biopsie e pleurodesi	5.000,00
838	Toracotomia esplorativa comprese biopsie (come unico intervento)	2.900,00
839	Tracheo-broncoscopia diagnostica con eventuale autofluorescenza	750,00
840	Tracheo-broncoscopia operativa	2.000,00
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.

842	Aneurismi aorta addominale o aorta toracica più dissecazione: resezione e innesto protesico (a cielo aperto)	11.000,00
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
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	9.000,00
872	Trattamento endovascolare di aneurismi o aneurismi disseccanti 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	Tromboendarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale	4.800,00
877	Tromboendarteriectomia e bypass e/o embolectomia di tronchi sovraortici	6.500,00
878	Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di tronchi sovraortici	7.200,00

879	Tromboendoarteriectomia con patch arteria femorale	5.300,00
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)	1.000,00
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.

887	Anoscopia o proctoscopia	55,00
888	Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	900,00
889	Cisto-gastrostomia o cisto-duodenostomia endoscopica	2.600,00
890	Dilatazione graduale del colon (trattamento completo)	1.100,00
891	Dilatazione graduale del retto (per seduta)	50,00
892	Digiunoileoscopia	400,00
893	Dilatazione graduale dell'ano (per seduta)	100,00
894	Ecoendoscopia esofagogastroduodenale	700,00
895	Ecoendoscopia del retto	550,00
896	Ecoendoscopia bilio-pancreatica (comprese eventuali biopsie)	1.400,00
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	850,00
900	Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio di sonda di dilatazione (prima seduta)	200,00
901	Esofagogastroduodenoscopia compreso passaggio sonda di dilatazione (sedute successive)	180,00
902	Esofagogastroduodenoscopia diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H. Pylori	240,00
903	Esofagogastroduodenoscopia operativa per: polipectomie, introduzione di protesi, rimozione di corpi estranei, argon laser, etc.	800,00
904	Idrocolonterapia a seduta (massimo 4 sedute all'anno)	70,00
905	Manometria ano-rettale	160,00
906	Manometria colon	200,00
907	Manometria esofagea o gastroesofagea	200,00
908	Manometria gastrica	180,00
909	Mucosectomie endoscopiche per neoplasie e lesioni precancerose (comprese biopsie)	500,00
910	Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie) ed eventuale ileoscopia	330,00
911	Pancolonscopia operativa (comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose)	900,00
912	PH manometria ambulatoriale con registrazione 24 ore	170,00
913	PHmetria esofagea	175,00
914	Posizionamento di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	1.300,00
915	Rettoscopia diagnostica con strumento rigido	110,00
916	Rettosigmoidoscopia operativa (comprese polipectomie) o fotocoagulazione con laser	700,00
917	Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)	240,00
918	Rimozione e/o sostituzione di PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)	850,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
919	Sondaggio duodenale	50,00
920	Sondaggio gastrico	40,00
921	Sondaggio gastrico frazionato con prove di stimolazione	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
Ginecologia (trattamenti completi)		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Tutti gli interventi chirurgici sotto elencati s'intendono eseguiti con qualsiasi via di accesso, qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.		
925	Adesiolisi (come unico intervento)	4.000,00
926	Adesiolisi (come fase di intervento principale)	1.000,00
927	Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	400,00
928	Annessi monolaterali, interventi conservativi sugli	4.000,00
929	Annessi bilaterali, interventi conservativi sugli	4.800,00
930	Annessi monolaterali, interventi demolitivi sugli	4.000,00
931	Annessi bilaterali, interventi demolitivi sugli	4.200,00
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)	130,00
936	Biopsia della vulva, vagina	120,00
937	Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	4.200,00
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)	55,00
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)	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	170,00
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 lomboaortica, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	8.500,00
954	Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	6.000,00
955	Isterectomia totale semplice con o senza annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, compresa plastica vaginale anteriore e/o posteriore	5.300,00
956	Isteropessi	2.250,00
957	Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	270,00
958	Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	2.000,00
959	Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	380,00
960	Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	1.800,00

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 (per seduta)	220,00
968	LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure) compresa colposcopia	450,00
969	Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)	4.800,00
970	Metroplastica (come unico intervento)	3.800,00
971	Miomectomie con o senza ricostruzione plastica dell'utero (come unico intervento)	4.200,00
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	210,00
983	Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	1.300,00
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	110,00
1000	Vulvectomia parziale	2.000,00
1001	Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	3.300,00
1002	Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	6.800,00
1003	Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	3.300,00
1004	Vulvectomia 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.

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 (come unico intervento)	9.000,00
1008	Artrodesi vertebrali per via posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	6.500,00
1009	Artrodesi vertebrali per via anteriore e posteriore anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (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 (come unico intervento)	5.500,00
1030	Ernia del disco dorsale o lombare, intervento per recidiva (di livello e lateralità) compresa eventuale stenosi lombare (come unico intervento)	5.800,00
1031	Ernia del disco dorsale per via trans-toracica (trattamento completo) - (come unico intervento)	13.500,00
1032	Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	7.000,00
1033	Ernia del disco con artrodesi intersomatica, anche per spondilolistesi compresa eventuale stenosi lombare (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	70,00
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 saccolari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)	12.000,00
1047	Malformazione aneurismatica o angiomatica 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
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	450,00
1059	Rachicentesi per qualsiasi indicazione	250,00
1060	Registrazione continua della pressione intracranica	560,00
1061	Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	6.000,00
1062	Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica	4.300,00
1063	Scheggetomia 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 splanchnici	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: splanchnicectomia, 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 (salvo i casi descritti) come unico intervento	5.400,00
1079	Stenosi vertebrale lombare più livelli (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.)	1.800,00
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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
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
Oculistica (trattamenti completi)		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Le tariffe si intendono per interventi chirurgici eseguiti con qualsiasi tecnica, metodica e strumentazione/apparecchiatura, escluso laser.		
Gli interventi eseguiti con laser riconosciuti come rimborsabili sono unicamente descritti nel paragrafo Trattamenti laser.		
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.		
Orbita		
1097	Biopsia orbitaria	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)	150,00
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		
1106	Cisti, asportazione di	300,00
1107	Corpi estranei, asportazione di	45,00
1108	Plastica per innesto	840,00
1109	Plastica per scorrimento	750,00
1110	Sutura ferite	180,00
Palpebre		
1111	Ascesso palpebre, incisione di	90,00
1112	Calazio	300,00
1113	Cantoplastica	1.000,00
1114	Entropion-ectropion	1.100,00
1115	Epicanto-coloboma	1.000,00
1116	Piccoli tumori o cisti, asportazione di	300,00
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

1125	Chiusura del puntino lacrimale	130,00
1126	Chiusura puntino lacrimale con protesi	240,00
1127	Dacriocistorinostomia o intubazione	1.600,00
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)	50,00
1135	Stricturotomia (come unico intervento)	110,00
1136	Vie lacrimali, ricostruzione	1.500,00

Congiuntiva

1137	Corpi estranei, asportazione di	60,00
1138	Iniezione sottocongiuntivale	90,00
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	350,00
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.

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	Odontocheratoprosi	2.800,00
1157	Paracentesi della camera anteriore (come unico intervento)	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)	800,00

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.

1165	Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	800,00
1166	Cataratta (senile, traumatica, patologica) compreso eventuale impianto di cristallino artificiale, estrazione di	1.400,00
1167	Cataratta complicata compreso eventuale impianto di cristallino artificiale, estrazione di	1.400,00
1168	Cataratta congenita o traumatica compreso eventuale impianto di cristallino artificiale, discissione di	1.200,00
1169	Cataratta molle compreso eventuale impianto di cristallino artificiale, intervento per	1.250,00
1170	Cataratta secondaria, discissione di	400,00
1171	Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	1.300,00
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-cataratta complicata, 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

Sclera

1179	Sclerectomia	1.500,00
1180	Sclerotomia (come unico intervento)	600,00
1181	Sutura sclerale	700,00

Operazione per glaucoma

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

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).

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 epiretينية	2.600,00

Muscoli

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)	1.200,00
1221	Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	1.500,00
1222	Strabismo paralitico, intervento per	1.500,00

Bulbo oculare

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)

1228	Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei nevasi o nubecole corneali (a seduta)	160,00
1229	Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze (a seduta)	350,00
1230	Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	200,00
1231	Laserterapia iridea (a seduta)	260,00
1232	Laserterapia lesioni retiniche (a seduta)	270,00
1233	Laserterapia nella retinopatia diabetica (a seduta)	180,00
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).

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

Bendaggi

1237	Bendaggio alla colla di zinco: coscia, gamba e piede	75,00
1238	Bendaggio alla colla di zinco: gamba e piede	60,00
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 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

1251	Arto inferiore: coscia, gamba e piede	250,00
1252	Arto inferiore: gamba e piede	230,00
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	80,00
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

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

1285	Mobilizzazione incruenta di rigidità: grandi articolazioni	650,00
1286	Mobilizzazione incruenta di rigidità: medie articolazioni	420,00
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.

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

1296	Acromioplastica anteriore (trattamento completo)	2.400,00
1297	Agoaspirato osseo	800,00
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	50,00
1302	Artrocentesi con introduzione di medicamento	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	Artrolisi: grandi	2.400,00
1309	Artrolisi: medie	1.900,00
1310	Artrolisi: 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
1317	Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	8.500,00
1318	Artroprotesi di piccole articolazioni: rimozione e sostituzione o revisione di artroprotesi	1.200,00
1319	Artroprotesi totale d'anca, revisione (trattamento completo): intervento per rimozione e sostituzione o riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale	12.000,00
1320	Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero	10.000,00
1321	Artroprotesi: ginocchio	6.500,00
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)	550,00
1325	Ascesso freddo, drenaggio di	150,00
1326	Biopsia articolare	510,00
1327	Biopsia ossea	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)	700,00
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 meniscale o parameniscale, asportazione di	1.700,00
1335	Cisti sinoviale, asportazione di	900,00
1336	Condrectomia - condroabrasione e/o debridment articolare (come fase di intervento principale)	800,00
1337	Condrectomia - condroabrasione e/o debridment articolare (come unico intervento)	2.500,00
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
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	Emipelvectomia	5.500,00
1348	Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	8.000,00
1349	Epifisiodesi	2.500,00
1350	Ernia del disco dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva e stenosi lombare (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	30,00
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 articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	4.000,00
1359	Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia), ricostruzione di	4.300,00
1360	Lussazioni recidivanti di spalla o ginocchio (anche in artroscopia), plastica per (trattamento completo)	3.600,00
1361	Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	2.200,00
1362	Meniscectomia (in artroscopia) + eventuale condroabrasione (trattamento completo - compresa eventuale rimozione di corpi mobili)	2.300,00
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	4.800,00
1370	Osteosintesi: medi segmenti	3.000,00
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)	900,00
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	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
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	1.800,00
1394	Rimozione mezzi di sintesi: medi segmenti	1.200,00
1395	Rimozione mezzi di sintesi: piccoli segmenti	500,00
1396	Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione di (compreso trattamento del capo lungo del bicipite brachiale) (trattamento completo)	3.000,00
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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
1402	Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	4.500,00
1403	Stenosi vertebrale lombare di 1 livello (come unico intervento)	5.400,00
1404	Stenosi vertebrale lombare più livelli (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	300,00
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
Tendini - Muscoli - Aponeurosi - Nervi periferici		
1416	Biopsia muscolare	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
1424	Tenolisi (come unico intervento)	1.400,00
1425	Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	1.500,00
1426	Tenorrafia complessa - sutura di più tendini (salvo i casi descritti)	2.400,00
1427	Tenorrafia semplice - sutura di un tendine (salvo i casi descritti)	1.400,00
1428	Tenotomia compresa eventuale tenorrafia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	2.500,00
1429	Torcicollo miogeno congenito, plastica per	1.900,00
1430	Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	2.300,00
Ostetricia (trattamenti completi)		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
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.		
1431	Aborto terapeutico	1.800,00
1432	Amniocentesi, compresa qualsiasi prestazione professionale e strumentale, qualsiasi numero di prelievi	550,00
1433	Amnioscopia	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	6.700,00
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	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 deiscenza sutura, intervento di	650,00
1441	Cordocentesi	1.000,00
1442	Correzione di difetto fetale in utero	10.000,00
1443	Fetoscopia	1.000,00
1444	Flussimetria	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.

Orecchio

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)	900,00
1472	Neoplasia del padiglione, exeresi di	900,00
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	500,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
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
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	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		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Gli interventi di rinosettoplastica e settoplastica aventi finalità di natura estetica, o conseguenti a correzioni chirurgiche di natura estetica, non sono mai rimborsabili anche quando siano concomitanti ad altri interventi rimborsabili.		
1499	Adenoidectomia	1.800,00
1500	Adenotonsillectomia	2.400,00
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
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)	80,00
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	Rinosettoplastica con innesti liberi di osso (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.700,00
1516	Rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia (escluse finalità estetiche, comprovato da rinomanometria pre intervento)	2.500,00
1517	Rinosettoplastica, 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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
1521	Seno frontale, svuotamento per via esterna	1.100,00
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: decongestione sottomucosa dei turbinati, tonsillotomia extracapsulare, tonsillectomia, adenoidectomia, uvulopalatofaringoplastica - compreso uso apparecchiatura	3.500,00
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)	1.300,00
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		
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	300,00
1549	Neoplasie parafaringee	4.400,00
1550	Tonsillectomia	2.000,00
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		
1555	Adduttori, intervento per paralisi degli	3.500,00
1556	Ascesso dell'epiglottide, incisione	300,00
1557	Biopsia in laringoscopia	350,00
1558	Biopsia in microlaringoscopia	1.300,00
1559	Cauterizzazione endolaringea	100,00
1560	Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	2.300,00
1561	Cordectomia	3.200,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
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	2.700,00
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	400,00
1582	Naso-laringoscopia con fibroscopio flessibile a fibre ottiche durante la visita	50,00
1583	Tiroplastica	2.400,00
Radiologia interventistica (trattamenti completi)		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-chirurgica-radiologica-anestesiologica, l'uso del contrasto e delle radiografie necessarie. I materiali speciali ad alto costo ed eventuali medicinali sono rimborsati così come descritto nella relativa sezione D.		
Le tariffe si intendono comprensive del compenso professionale per eventuale applicazione di stents, salvo i casi descritti.		
Per tratto s'intende: colonna cervicale o colonna dorsale o colonna lombo-sacrale.		
Tutte le prestazioni/interventi sottoelencati si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica, apparecchiatura/strumentazione, salvo i casi descritti.		
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
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	3.500,00
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	Pseudocistogastrostomia 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	Pseudocistogastrostomia percutanea per rimozione drenaggio transgastroico e posizionamento endoprotesi pseudocisto-gastrica	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 con radiofrequenza di metastasi ossee od epatiche (RITA), qualsiasi via di accesso	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

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

Premesse specifiche di branca

I materiali speciali ad alto costo 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.

Piccoli interventi e diagnostica urologica

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	70,00
1632	Dilatazione del meato uretrale (come unica prestazione)	150,00
1633	Esame urodinamico completo	150,00
1634	Esame urodinamico più test farmacologici	180,00
1635	Instillazione vescicale con chemioterapia (per seduta, compreso cateterismo vescicale)	80,00
1636	Parafimosi, riduzione incruenta di	160,00
1637	Prostata, massaggio della (a scopo diagnostico)	40,00
1638	Uretra, dilatazione con sonde morbide o rigide (per seduta)	45,00
1639	Uroflussimetria	45,00
1640	Vescica neurologica, infiltrazioni intradetrusoriali con tossina botulinica (a seduta, max 10 sedute/anno)	100,00

Endoscopia diagnostica

1641	Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	350,00
1642	Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale	450,00
1643	Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale	700,00
1644	Cromocistoscopia per valutazione funzionale	200,00
1645	Pieloureterosopia percutanea diagnostica	900,00
1646	Ureterosopia e/o ureterorenoscopia (omnicomprensiva)	1.200,00
1647	Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	200,00
1648	Uretrocistoscopia semplice in sedazione compreso anestesista (come unico atto diagnostico)	600,00
1649	Uretrocistoscopia con biopsia/e (come unico intervento)	1.100,00

Endoscopia operativa

1650	Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	2.000,00
1651	Cistite postattinica, trattamento completo	2.000,00
1652	Collo vescicale, interventi endoscopici disostruttivi	2.400,00
1653	Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	2.100,00
1654	Diatermocoagulazione di diverticoli vescicali	1.600,00
1655	Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	1.600,00
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.	2.800,00
1660	Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	2.600,00
1661	Meatotomia ureterale (come unico intervento)	1.000,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
1662	Meatotomia uretrale (come unico intervento)	1.100,00
1663	Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	3.200,00
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)	4.300,00
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		
Rene		
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
1680	Cisti renale, resezione	5.200,00
1681	Eminefrectomia	9.100,00
1682	Lombotomia 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 linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	10.500,00
1692	Nefroureterectomia radicale (compresa eventuale surrenectomia)	9.500,00
1693	Pielocalcolitotomia (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		
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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
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		
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 prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	9.000,00
1724	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	8.500,00
1725	Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	8.500,00
1726	Cistocentesi (come unico intervento)	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		
1743	Agoaspirato/agobiopsia prostata (qualsiasi numero di prelievi, comprovato da referto dell'esame istologico) ecoguidata	400,00
1744	Biopsia prostatica a saturazione (comprovato da referto dell'esame istologico)	1.300,00
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)	10.000,00
1748	Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	5.000,00

Uretra

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
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
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.

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	900,00
1773	Biopsia testicolare bilaterale	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 linfoadenectomia	5.000,00
1777	Epididimectomia	1.600,00
1778	Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	1.000,00
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	1.900,00
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 linfoadenectomia addominale o retroperitoneale monolaterale	8.000,00
1788	Orchiectomia allargata con linfoadenectomia 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

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
1794	Pene, amputazione totale con linfadenectomia	8.000,00
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	2.400,00
1804	Varicocele, intervento chirurgico per	2.200,00
SEZIONE P. - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (vedere anche "Avvertenze")		
Analisi cliniche		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
<p>Il prelievo è compreso nella tariffa dell'esame a cui si riferisce, salvo i casi specificatamente descritti nella sezione "Prelievi". Le analisi si intendono eseguite con qualsiasi tecnica e metodica e la tariffa si intende cadauna.</p> <p>Se non diversamente specificato, gli esami sono riferiti a qualsiasi tipo di liquido o tessuto biologico.</p> <p>Il Fondo si riserva di valutare di volta in volta l'attinenza degli accertamenti effettuati con la patologia dichiarata.</p> <p>Le analisi di laboratorio e le procedure medico-chirurgiche previste per il trattamento delle cellule staminali sono liquidabili solo se presenti nel Nomenclatore-Tariffario vigente.</p> <p>Tutte le analisi di laboratorio elencate nel Nomenclatore-Tariffario sono liquidabili solo ed esclusivamente se effettuate da laboratori di analisi regolarmente autorizzati. Si rimborsano tutti gli accertamenti, 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, sperimentale e/o di ricerca.</p>		
1805	11 corticosteroidi totali	18,00
1806	17 Alfa Idrossi Progesterone (10 OHP)	14,90
1807	17 idrossicorticosteroidi	14,90
1808	17 ketosteroidi	14,90
1809	5 idrossindolacetico (5 HIAA)	10,50
1810	5 nucleotidasi	14,90
1811	Acetilcolinesterasi	5,70
1812	Acetone o acetonuria	4,80
1813	Acidi biliari	12,30
1814	Acidi grassi liberi (NEFA)	9,20
1815	Acido arachidonico	21,00
1816	Acido citrico urinario	12,30
1817	Acido delta amino levulinico (ALA)	7,30
1818	Acido desossiribonucleico nativo (nDNA)	10,10
1819	Acido ippurico/metilippurico	10,00
1820	Acido ialuronico (HA)	21,90
1821	Acido lattico	6,10
1822	Acido mandelico	18,00
1823	Acido omonvanillico	14,90
1824	Acido parammino ippurico	10,50
1825	Acido piruvico o fenilpiruvico	6,10
1826	Acido sialico	18,00
1827	Acido valproico	12,30

1828	Acido vanilmandelico	14,90
1829	ACTH (ormone corticotropo)	13,50
1830	Adenosinmonofosfato ciclico (AMPC)	14,90
1831	ADH (ormone antidiuretico)	20,20
1832	Agglutinazione per altri ceppi di germi	4,00
1833	Agglutinazione per pertosse	4,00
1834	Agglutinine a freddo	9,70
1835	Ala Deidraasi Eritrocitaria	6,60
1836	Albumina sierica (o albumin colon test)	4,40
1837	Albumina 24h (urine)	9,20
1838	Alcoolimetria	4,80
1839	Aldolasi sierica (o altri enzimi non specificati)	4,80
1840	Aldosterone basale	11,00
1841	Aldosterone clinostatismo o ortostatismo	14,90
1842	Alfa 1 antitripsina	10,10
1843	Alfa 1 fetoproteina nel sangue	11,00
1844	Alfa 1 fetoproteina nel liquido amniotico	15,00
1845	Alfa 1 glicoproteina acida	11,40
1846	Alfa 1 microglobulina	18,00
1847	Alfa 2 antiplasmina	11,00
1848	Alfa 2 macroglobulina	10,00
1849	Alfa androstenediolo 3Alfa	11,00
1850	Amilasi isoenzimi (frazione pancreatica)	11,40
1851	Amilasi sierica o urinaria	4,80
1852	Aminoacidi, dosaggio singolo	4,40
1853	Aminoacidi totali (S/U)	18,00
1854	Ammine aromatiche urinarie (benzolo e derivati e solventi inorganici)	10,50
1855	Ammoniaca nelle urine	10,10
1856	Ammonio plasmatico	10,10
1857	Anaerobiosi, esame colturale in	4,80
1858	Analisi citogenetica per ricerca di siti fragili, scambi di cromatidi fratelli, patologia da fragilit� cromosomica (ciascuna)	160,00
1859	Analisi citogenetica per studio mosaicismo cromosomico, riarrangiamenti cromosomici indotti (ciascuna)	150,60
1860	Androstenediolo glucuronide	15,80
1861	Androstenedione sierico (D4)	18,00
1862	Anfetamina	12,30
1863	Angiotensin Converting Enzyme (A.C.E.)	18,00
1864	Angiotensina I basale	13,40
1865	Angiotensina I basale e dopo stimolo con furosemide	26,80
1866	Antiarritmici, dosaggio (Amiodarone, Disopiramide, Flecainide, Lidocaina, Procainamide, etc.)	14,90
1867	Antibiogramma (almeno 10 antibiotici)	7,90
1868	Antibiogramma per micobatteri (almeno 3 antibiotici)	18,00
1869	Antibiotici, dosaggio sierico (amoxicillina, ampicillina, penicillina, gentamicina, kanamicina, netilmicina, streptomycin, vancomicina ed altri)	14,90
1870	Anticoagulanti acquisiti, ricerca	5,70
1871	Anticorpi anti adenovirus	10,10
1872	Anticorpi anti antigeni citoplasmatici (ANCA)	10,10
1873	Anticorpi anti bordetella pertussis totali o IgG o IgM	20,20
1874	Anticorpi anti borrelia burgdoferi	20,20
1875	Anticorpi anti brucella	18,00
1876	Anticorpi anti canali del calcio	14,50
1877	Anticorpi anti cardiopina IgA o IgG o IgM	20,20

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
1878	Anticorpi anti cellule parietali gastriche (PCA)	10,50
1879	Anticorpi anti centromero	11,00
1880	Anticorpi anti chlamydia	18,00
1881	Anticorpi anti citomegalovirus Ig totali o IgG o IgM	15,80
1882	Anticorpi anti citoplasma dei neutrofili (ANCA)	14,50
1883	Anticorpi anti citrullina	15,00
1884	Anticorpi anti colon	20,20
1885	Anticorpi anti dotti salivari	23,30
1886	Anticorpi anti endomisio	15,40
1887	Anticorpi anti endotelio	16,70
1888	Anticorpi anti coxsakie (ciascuna)	10,10
1889	Anticorpi anti echinococco (echinotest)	14,90
1890	Anticorpi anti echovirus	14,90
1891	Anticorpi anti Ena	18,00
1892	Anticorpi anti entoameba o altri parassiti	14,90
1893	Anticorpi anti Epstein Barr virus IgG e IgM (VCA e/o EBNA e/o EA)	12,30
1894	Anticorpi anti eritrocitari attivi a freddo (crioagglutinine)	12,30
1895	Anticorpi anti eritrociti o leucociti o piastrine (test di Dixon diretto o indiretto) ricerca ed eventuale titolo	13,60
1896	Anticorpi anti fattore intrinseco	12,30
1897	Anticorpi anti fattore VIII	14,50
1898	Anticorpi anti gangliosidi	14,90
1899	Anticorpi anti febbre Q	13,00
1900	Anticorpi anti Giardia Lamblia	12,30
1901	Anticorpi anti Gliadina IgA o IgG	18,00
1902	Anticorpi anti HAV IgG/HAV IgM	11,80
1903	Anticorpi anti HBcAg o HBcAgIgM o HBeAg o HBsAg o HCV	11,80
1904	Anticorpi anti HDV/HDV IgM	26,00
1905	Anticorpi anti HEV (virus dell'epatite E)	25,50
1906	Anticorpi anti HGV/GBV-C (virus dell'epatite G)	25,50
1907	Anticorpi anti HLA (titolazione per singola specificità)	35,60
1908	Anticorpi anti Helicobacter Pylori	18,00
1909	Anticorpi anti herpes virus (Tipo 1 o 2) IgG o IgM	15,80
1910	Anticorpi anti HIV	14,90
1911	Anticorpi anti influenza A o B	10,00
1912	Anticorpi anti insula pancreatica	25,50
1913	Anticorpi anti insulina (AIAA)	12,30
1914	Anticorpi anti interferon	20,20
1915	Anticorpi anti istone	43,90
1916	Anticorpi anti lattoglobulina IgG	20,20
1917	Anticorpi anti legionelle	26,00
1918	Anticorpi anti leishmania	18,00
1919	Anticorpi anti leptospira	10,10
1920	Anticorpi anti listeria	12,30
1921	Anticorpi anti MAG	15,00
1922	Anticorpi anti membrana basale	22,00
1923	Anticorpi anti miceti (ricerca)	10,10
1924	Anticorpi anti micobatteri IgG o IgM	12,30
1925	Anticorpi anti micoplasmi	13,60
1926	Anticorpi anti microsomi epatici e renali (LKMA)	10,50
1927	Anticorpi anti microsomiali (AbTMS) o antiperossidasi (AbTPO)	20,00
1928	Anticorpi anti mielina	14,90
1929	Anticorpi anti mitocondri	18,00

1930	Anticorpi anti morbillo (Ig totali o IgG o IgM)	14,90
1931	Anticorpi anti muscolo liscio	14,90
1932	Anticorpi anti muscolo striato (cuore)	20,20
1933	Anticorpi anti nDNA	14,90
1934	Anticorpi anti neisseria gonorea	15,80
1935	Anticorpi anti nucleo	14,90
1936	Anticorpi anti organo	20,20
1937	Anticorpi anti ovaio	9,70
1938	Anticorpi anti parotite (IgG o IgM)	14,90
1939	Anticorpi anti parotite Ig totali	12,30
1940	Anticorpi anti polisaccaride C streptococco B emol. Gr A	14,90
1941	Anticorpi anti parvovirus B19	9,70
1942	Anticorpi anti pneumococco	14,90
1943	Anticorpi anti recettore dell'acetilcolina	32,00
1944	Anticorpi anti recettori del TSH	22,50
1945	Anticorpi anti reticolina	15,40
1946	Anticorpi anti retrovirus (HTLV1 - HTLV2)	80,30
1947	Anticorpi anti ribosomi	18,00
1948	Anticorpi anti rickettsie	12,30
1949	Anticorpi anti RNA	14,90
1950	Anticorpi anti rosolia (Ig totali o IgG o IgM)	12,30
1951	Anticorpi anti schistosoma	12,30
1952	Anticorpi anti spermatozoi	25,50
1953	Anticorpi anti streptococco (DNAsi B)	7,50
1954	Anticorpi anti surrene	9,70
1955	Anticorpi anti tessuto	23,30
1956	Anticorpi anti testicolo	17,00
1957	Anticorpi anti tireoglobulina (Abtg)	10,10
1958	Anticorpi anti tossina del clostridium tetani	15,80
1959	Anticorpi anti toxocara	20,20
1960	Anticorpi anti toxoplasma (Ig totali o IgG o IgM o IgA)	13,60
1961	Anticorpi anti trasglutaminasi tissutale (tTG)	22,00
1962	Anticorpi anti treponema P (IgG FTA o IgM FTA)	15,00
1963	Anticorpi anti tripanosoma Cruzi	14,90
1964	Anticorpi anti varicella Zooster virus (Ig totali o IgG o IgM)	14,90
1965	Anticorpi anti virus respiratorio sinciziale	18,00
1966	Anticorpi antiplasmodi	20,20
1967	Anticorpi sierici anti citoscheletro	15,40
1968	Altri anticorpi anti	14,90
1969	Antidepressivi triciclici, dosaggio	19,00
1970	Antigene Australia (HbsAg)	12,30
1971	Antigene carboidratico (Ca 125, TA4 o SCC, Ca 72.4, Ca 19.9, Ca 195, AOP)	14,90
1972	Antigene carboidratico (CyFra 21, NSE, Ca 15.3, Ca 54.9)	20,20
1973	Antigene carboidratico (MCA, Ca 50)	32,00
1974	Antigene carcino embrionario (CEA)	12,30
1975	Antigene Delta (HDV Ag)	25,50
1976	Antigene e virus epatite B (HB e Ag)	14,90
1977	Antigene Helicobacter Pylori nelle feci	18,00
1978	Antigene legionella pneumofila	13,20
1979	Antigene polipeptico tissutale (TPA) specifico (TPS)	14,90
1980	Antigene prostatico specifico (PSA)	14,90
1981	Antigene prostatico specifico libero (Free - PSA)	25,50
1982	Antigeni batterici cellulari ed extracellulari e/o prodotti metabolici, ricerca ed identificazione	2,20

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
1983	Antigeni eritrocitari non RH (ciascuno)	9,20
1984	Antigeni HLA (ciascuno)	22,40
1985	Antigeni eritrocitari CD55/CD59	21,90
1986	Antigeni virali, ricerca diretta ed identificazione	13,20
1987	Antimicogramma	10,00
1988	Antitrombina III	12,30
1989	Antitromboplastina	32,00
1990	APC gene (poliposi familiare del colon)	60,00
1991	Apolipoproteina A e B (ciascuna)	10,10
1992	Aptoglobine	10,10
1993	Asbestosi, ricerca dei corpuscoli nell'escreato	6,60
1994	Attivatore tissutale del plasminogeno (tPA)	23,70
1995	Azotemia	2,60
1996	Azoto nelle urine delle 24 ore	3,10
1997	Bacillo di Kock, esame batteriologico o colturale	14,90
1998	Bacillo difterico, esame colturale	10,10
1999	Bacillo difterico, esame microscopico	4,80
2000	Barbiturici	12,30
2001	Batteri anaerobi, ricerca ed identificazione	10,50
2002	Batteri, ricerca microscopica	2,60
2003	Bence Jones, proteina di	5,30
2004	Benzodiazepine	14,90
2005	Beta 2 Glicoproteina 1 (SP1)	14,90
2006	Beta 2 microglobulina urinaria e plasmatica	14,90
2007	Beta HCG (Gonadotropina corionica o subunità Beta plasmatica e urinaria)	14,90
2008	Beta tromboglobuline	32,00
2009	Bicarbonati	3,50
2010	Bilirubina nel liquido amniotico (curva spettrofotometrica)	4,80
2011	Bilirubinemia diretta	4,40
2012	Bilirubinemia totale	3,10
2013	Biologia molecolare, qualsiasi tipo di ricerca	70,20
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	12,30
2019	C peptide	14,90
2020	C peptide dopo carico di glucosio (4 dosaggi)	40,00
2021	C1 esterasi inibitore	4,80
2022	Cadmio	20,20
2023	Calcio nelle urine delle 24 ore	3,50
2024	Calcio ionizzato	4,80
2025	Calcitonina	14,90
2026	Calcoli e concrezioni, esami	7,90
2027	Calcoli urinari, esame	6,10
2028	Calprotectina fecale	15,00
2029	Cam 26 o cam 29 (marcatore tumorale)	29,40
2030	Cannabinoidi	18,00
2031	Carbamazepina (dosaggio farmaci)	14,90
2032	Carbossi emoglobina (Co emoglobina)	4,80
2033	Cariotipo costituzionale su sangue periferico	95,70
2034	Cariotipo da aspirato midollare	130,40
2035	Cariotipo da cellule del trofoblasto coriale	125,60

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2036	Cariotipo da cellule sincronizzate	150,00
2037	Cariotipo da fibroblasti	86,90
2038	Cariotipo da linfociti	86,90
2039	Cariotipo fetale su liquido amniotico	122,00
2040	Cariotipo su materiale abortivo	150,00
2041	Carnitina	12,30
2042	Catecolamine sieriche	13,60
2043	Catecolamine urinarie (adrenalina o noradrenalina)	14,90
2044	Catecolamine urinarie totali	20,20
2045	Catene Kappa e Lambda, rapporto delle	10,50
2046	CBG (proteina legante gli ormoni corticosteroidi o transcortina)	18,90
2047	CD 95 attivato	18,00
2048	Cellule L.E. ricerca nel sangue periferico	7,50
2049	Ceruloplasmina	12,30
2050	CH 50	18,00
2051	Chimotripsina nelle feci + potere tripsico	14,90
2052	Chinidina (dosaggio farmaco cardiattivo)	14,90
2053	Ciclosporina	20,20
2054	Cistinuria	10,10
2055	Clamidia (ricerca ed identificazione)	18,00
2056	Clostridium difficile (ricerca ed identificazione)	14,50
2057	Cocaina (droghe d'abuso)	14,90
2058	Coenzima Q10	18,90
2059	Colesterolo esterificato	4,00
2060	Colesterolo HDL o LDL	3,90
2061	Colesterolo totale o colesterolemia	3,00
2062	Colinesterasi (CHE)	5,70
2063	Colinesterasi con numero di dibucaina	6,60
2064	Colinesterasi eritrocitaria	7,50
2065	Collagen Cross Linking	21,90
2066	Coltura di amniociti	113,70
2067	Coltura di cellule di altri tessuti	111,90
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	169,90
2071	Coltura di linfociti fetali o periferici	80,00
2072	Coltura mista linfocitaria	119,80
2073	Colturali, altri esami non descritti	12,30
2074	Complemento frazione C1q	14,90
2075	Complemento frazione C3	8,00
2076	Complemento frazione C3 att.	10,50
2077	Complemento frazione C4	8,70
2078	Conservazione di campioni di DNA o RNA	151,50
2079	Conta di Addis	4,80
2080	Conteggio degli eosinofili (unico esame)	3,50
2081	Conteggio dei leucociti (unico esame)	3,50
2082	Conteggio dei leucociti ed eventuale formula leucocitaria (unico esame)	3,00
2083	Conteggio delle emazie, emoglobina (unico esame)	3,50
2084	Conteggio delle piastrine (unico esame)	3,50
2085	Coproporfirine	11,00
2086	Corpi chetonici	0,90
2087	Cortisolo urinario o plasmatico	14,90
2088	Creatin chinasi (CPK)	6,60

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2089	Creatinchinasi isoenzimi (CPK - MB)	6,00
2090	Creatinchinasi isoforme	15,00
2091	Creatinina clearance (compreso dosaggio creatinuria)	6,10
2092	Creatinina nel liquido amniotico	4,00
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)	42,00
2096	Crioconservazione di cellule e tessuti (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto)	50,00
2097	Crioconservazione di cellule staminali (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto)	439,00
2098	Crioconservazione sospensioni linfocitarie (unicamente per trapianto di midollo, per patologie in atto)	42,10
2099	Crioglobuline (ricerca e dosaggio)	3,50
2100	Cromatina sessuale o di Barr	14,90
2101	Cromo, dosaggio	14,00
2102	Cromogramina sierica	18,00
2103	Curva glicemica da carico	10,50
2104	Curva insulinemica da carico dopo test farmacologici	32,00
2105	Curva LH e FSH dopo somministrazione di GNRH (minimo 5 dosaggi)	74,00
2106	Curva prolattina dopo somministrazione di TRH	50,00
2107	Curva TSH dopo stimolo con TRH (minimo 5 dosaggi)	45,20
2108	D-dimero	11,40
2109	DNA, analisi di mutazione	142,70
2110	DNA, analisi di segmenti mediante sequenziamento	170,00
2111	Deidroepiandrosterone (DEA) o DEAS	14,90
2112	Desferrioxamina, prova della	32,00
2113	Determinazione antigeni vari (Kell, Duffy, etc.)	14,90
2114	Diametro medio e volume delle emazie (unico esame)	4,00
2115	Digoxina	14,90
2116	Diidrotestosterone (DHT)	18,00
2117	Dopamina plasmatica o urinaria	20,20
2118	Elastasi, dosaggio	18,90
2119	Elettroforesi delle lipoproteine	7,00
2120	Elettroforesi delle siero proteine (compreso dosaggio proteine totale)	8,30
2121	Elettroforesi delle proteine urinarie (compreso dosaggio delle proteine totali)	7,00
2122	Elettroforesi emoglobina	13,60
2123	Elettroliti: calcio o cloro o fosforo o potassio o sodio (nel sangue e nelle urine)	2,60
2124	Emazie fetali, ricerca delle	13,60
2125	Emocoltura	18,00
2126	Emocromocitometrico e morfologico (Hb,GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)	7,00
2127	Emofilia A e B	142,70
2128	Emogasanalisi (PH, PCO2, PO2 e parametri derivati)	25,00
2129	Emogasanalisi durante respirazione di O2 a bassa o ad alta concentrazione	25,00
2130	Emogasanalisi prima e dopo iperventilazione	20,00
2131	Emoglobina A2	8,80
2132	Emoglobina fetale (dosaggio)	8,80
2133	Emoglobina glicosilata HbA1c	10,00
2134	Emoglobina Hb	3,50
2135	Emoglobina nel liquido amniotico	3,50
2136	Emoglobina, ricerca, mutazioni delle catene globiniche	16,20
2137	Emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, etc.)	18,40
2138	Emolisina acida (Test di Ham)	12,00
2139	Emolisina bifasica (Test di Donath-Landstainer)	4,40
2140	Enolasi Neurone Specifica (NSE)	18,00
2141	Enterobatteri, esame colturale	12,30

2142	Enzimi leucocitari (markers citochimici)	10,10
2143	Eparina	7,90
2144	Eritrociti, dosaggio del sodio o del potassio o del calcio o del magnesio	2,60
2145	Eritropoietina su siero o urine	15,80
2146	Espettorato, esame colturale	18,00
2147	Essudati e trasudati, esame chimico e microscopico (P.S., Rivalta, Dos. Prot.)	6,60
2148	Estradiolo - 17 beta estradiolo	13,50
2149	Estriolo	14,90
2150	Estrogeni totali	14,90
2151	Estrone	20,20
2152	Etanolo	18,90
2153	Etosuccimide (dosaggio farmaco)	14,90
2154	F.D.P. (X.D.P.) plasmatici o urinari	11,40
2155	Farmaci antiinfiammatori, dosaggi (Acetaminofene, paracetamolo, salicilati, etc.)	9,20
2156	Farmaci antitumorali, dosaggio (Ciclofosfamide, metotrexate, etc.)	11,80
2157	Fattore V di Leiden	70,20
2158	Fattore V non di Leiden (mutazione)	67,00
2159	Fattore di Necrosi Tumorale (TNF)	20,20
2160	Fattore Natriuretico Atriale	15,00
2161	Fattore piastrinico 4 (PF4)	14,90
2162	Fattore reumatoide o reumatest	5,50
2163	Fattore RH, assetto genico	14,90
2164	Fattori della coagulazione (F, II, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII)	14,90
2165	Feci, esame chimico, microscopico e parassitologico	7,90
2166	Feci, esame colturale (coprocultura)	7,90
2167	Feci, esame parassitologico	4,80
2168	Feci, ricerca sangue occulto (qualsiasi metodica)	4,00
2169	Fenilalanina	4,00
2170	Fenitoina (e altri farmaci antiepilettici - Depakin, Tegretol, Zarontin), dosaggio	14,90
2171	Fenobarbitale (dosaggio farmaco)	14,90
2172	Fenoli urinari	9,20
2173	Fenomeno L.E.	6,10
2174	Fenotipo RH (compreso Du)	12,30
2175	Ferritina	13,50
2176	Ferro urinario	4,40
2177	Fibrinogeno	4,80
2178	Fibrinopeptide A	25,50
2179	Fibronectina	12,30
2180	Fibrosi cistica (studio delle mutazioni)	142,70
2181	Flora microbica, esame microscopico	3,50
2182	Fluoro, dosaggio	14,90
2183	Fosfatasi acida	4,40
2184	Fosfatasi acida prostatica (enzimatica)	4,80
2185	Fosfatasi alcalina	3,70
2186	Fosfatasi alcalina isoenzimi (anche leucocitaria)	15,80
2187	Fosfati clearance	4,50
2188	Fosfo esoso isomerasi (PHI)	6,10
2189	Fosfolipasi A	14,90
2190	Fosfolipidemia	4,80
2191	Fragilità cromosomica	135,20
2192	Free beta/MSA-FP screening (13,2-22,3 sett.)	142,70
2193	Free beta/PAPP-A screening (8,5-13,2 sett.)	142,70
2194	Fruttosamina (Proteine glicate)	8,30

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2195	Fruttosio	6,10
2196	FSH (ormone follicolo stimolante)	12,40
2197	Galattosilidrossilisina	32,00
2198	Galattosio	6,10
2199	Galattosio (prova da carico)	9,20
2200	Gamma glutamil transpeptidasi (gamma GT)	4,30
2201	Gamma glutamil transpeptidasi isoenzimi (gamma GT)	5,50
2202	Gastrina	18,00
2203	Gastropanel	60,00
2204	Glicemia	2,00
2205	Glicoproteina ricca in istidina	11,80
2206	Glicosuria nelle 24 ore	4,00
2207	Globulina legante gli ormoni sessuali (SHBG)	18,00
2208	Globulina legante la tiroxina (TBG)	18,00
2209	Glucagone	14,90
2210	Glucosio 6 Fosfato-Deidrogenasi (G 6 PDH)	9,20
2211	Glucosio nel liquido amniotico	2,60
2212	Glutammato deidrogenasi (GLDH)	7,90
2213	Glutazione reductasi	14,90
2214	Gruppo sanguigno ABO e fattore RH (con 2 anticorpi)	10,50
2215	HBsAg con titolazione	20,20
2216	HBV DNA	29,90
2217	HBV DNA - polimerasi	29,90
2218	HBV acidi nucleici, ibridazione	63,70
2219	HCV genotipo	159,30
2220	HCV Riba	106,20
2221	HCV RNA qualitativo	106,20
2222	HCV RNA quantitativo	122,00
2223	HCV sottotipi	106,20
2224	HEV RNA sierico	106,20
2225	HIV RNA sierico	122,00
2226	HIV qualitativo e/o quantitativo	97,80
2227	Herpes simplex, ricerca diretta	12,30
2228	HPL (ormone lattogeno placentare o somatomammotropina)	14,90
2229	HPV (papillomavirus)	43,50
2230	HPV tipizzazione sottotipi	106,20
2231	Ibridizzazione in situ su metafasi, nuclei interfascici, tessuti (FISH)	214,70
2232	Identificazione di specificità anti HLA contro pannello linfocitario	110,60
2233	Idrossibutirrato deidrogenasi (HBDH)	7,90
2234	Idrossiprolina urinaria	14,90
2235	Idrossitriptamina (Serotonina)	10,10
2236	IGF-1 o IGF-2	18,00
2237	Immuno anti emolisime anti A e/o B	3,50
2238	Immuno anticorpi anti A e/o B ed eventuale titolazione	12,30
2239	Immuno complessi circolanti	14,90
2240	Immuno complessi HBsAg/HBsAb - IgM	20,20
2241	Immunoelettroforesi del siero o delle urine	25,50
2242	Immunoglobuline A secretorie nella saliva o in altri liquidi biologici	14,90
2243	Immunoglobuline E specifiche (RAST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	40,00
2244	Immunoglobuline Ig totali o IgA o IgD o IgG o IgM	9,70
2245	Immunoglobuline IgE totali (PRIST) (qualsiasi numero di dosaggi per alimenti o per inalanti)	13,60
2246	Immunoglobuline IgG sottoclasse 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	19,80
2247	Immunoglobuline linfocitarie di superficie	21,10

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2248	Inclusioni eritrocitarie	3,50
2249	Indagini genetiche per atrofie e distrofie muscolari, malattia di Hundigton, sindrome di Angelman o di Prader-Willi	158,90
2250	Indice di Zoja	14,90
2251	Inibitore attivatore del plasminogeno (PAI I)	12,30
2252	Insulina	13,90
2253	Interferone	25,00
2254	Interleuchina 2	35,00
2255	Intradermo reazione di Casoni	10,10
2256	Intradermoreazione alla tubercolina (Tine Test)	6,10
2257	Intradermoreazione con PPD, candida, streptochinasi e MUMPS (ciascuna)	7,00
2258	Iodio	8,30
2259	Isocitrato deidrogenasi sierica (ICDH)	7,90
2260	Latte: esame chimico e microscopico	10,10
2261	Lattico deidrogenasi (LDH)	4,50
2262	Lattico deidrogenasi isoenzimi	8,30
2263	Lattosio	9,00
2264	LE test	6,10
2265	Leucin Aril Peptidasi (LAP)	7,90
2266	Levodopa	9,20
2267	LH	13,80
2268	Lipasi	7,90
2269	Lipemia	4,80
2270	Lipoproteina A	20,20
2271	Lipoproteina X	14,90
2272	Liquido amniotico, esame colturale	18,00
2273	Liquido amniotico, fosfolipidi o rapporto lecitina/sfingomielina	25,00
2274	Liquido cefalo rachidiano, esame chimico, microscopico e morfologico	12,00
2275	Liquido cefalo-rachidiano, esame colturale	23,00
2276	Liquido seminale, esame colturale	13,60
2277	Liquido seminale, esame con indice di fertilità e determinazioni biochimiche	14,90
2278	Liquido sinoviale, esame chimico, fisico e microscopico	4,00
2279	Lisozima	9,70
2280	Litio	4,00
2281	LSD	18,90
2282	Lupus anti coagulante (LAC)	7,90
2283	Magnesio s/u	4,80
2284	Malato deidrogenasi sierica (MDH)	7,90
2285	Manganese	20,00
2286	Meconio - esame	4,80
2287	Melanuria	10,10
2288	Mercurio	15,00
2289	Metadone	12,30
2290	Metaemoglobina o solfoemoglobina	8,30
2291	Metanefrine urinarie	14,90
2292	Miceti, esame colturale (compresa ricerca ed identificazione)	14,10
2293	Micoplasmi urogenitali (ricerca ed identificazione)	18,00
2294	Microalbuminuria, clinostatismo o ortostatismo	8,40
2295	Microarray, cDNA- screening genetico in pazienti oncologici (qualsiasi numero di determinazioni)	450,00
2296	Microarray proteomico per IgE specifiche (qualsiasi numero di determinazioni)	120,00
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)	30,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2299	Mioglobina (dosaggio)	14,90
2300	Monomeri solubili di fibrina (FS test)	9,20
2301	Mononucleosi (Monotest)	6,10
2302	Mucopolisaccaridi urinari (glicosamminoglicani)	14,90
2303	Mucoprotidemia	7,90
2304	Neopterina	20,20
2305	Nitrati urinari	6,10
2306	Noradrenalina plasmatica	20,20
2307	Noradrenalina urinaria	12,30
2308	Omocisteina	17,10
2309	Omocisteina Mutaz. MTHFR	67,00
2310	Oppiacei (droghe d'abuso)	14,90
2311	Ornitiil carbamil trasferasi (OCT)	9,20
2312	Osmolarità plasmatica o urinaria	9,20
2313	Ossalati	14,90
2314	Ossitocina	14,90
2315	Osteocalcina	14,90
2316	Pannello di Torch (tox, cito, rubeo, herpes) IgG o IgM	54,00
2317	PAP (marcatore tumorale)	12,50
2318	Parassita malarico o altri parassiti nel sangue	4,80
2319	Paratormone (PTH)	13,60
2320	Paratormone related peptide	7,90
2321	PCA3	40,00
2322	Peli e squame cutanee, esame per micosi	3,50
2323	Pepsinogeno I	14,90
2324	PH ematico (unico esame)	10,50
2325	Phadiatop	12,00
2326	Piombo	14,90
2327	Piridinolina (HP) - Deossipiridinolina (LP) - ciascuna	14,90
2328	Piruvatokinasi eritrocitaria	8,00
2329	Plasmina sierica	12,30
2330	Plasminogeno	12,30
2331	Polipeptide intestinale vasoattivo (VIP)	7,50
2332	Polipeptide pancreatico sierico (PP)	7,50
2333	Porfirine, ricerca qualitativa e quantitativa	22,00
2334	Porfirine, totali	10,00
2335	Porfobilinogeno urinario	10,50
2336	Prealbumina plasmatica	7,00
2337	Pregnandiolo	14,90
2338	Pregnantriolo	14,90
2339	Primidone (dosaggio farmaco)	14,90
2340	Procalcitonina	14,90
2341	Progesterone	12,80
2342	Prolattina (PRL)	12,20
2343	Prostaglandina	18,00
2344	Proteina C anticoagulante	11,40
2345	Proteina C plasmatica	10,50
2346	Proteina C reattiva (qualitativa e/o quantitativa)	4,40
2347	Proteina cationica degli eosinofili (ECP)	29,40
2348	Proteina di Waldestrom	4,40
2349	Proteina S antigene plasmatica, libera o totale	12,60
2350	Proteine totali nel liquido amniotico	4,00
2351	Proteine urinarie (dosaggio)	4,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2352	Proteinemia totale	4,00
2353	Protoporfirina IX eritrocitaria	9,70
2354	Protoporfirine totali	9,70
2355	Protrombina, frammenti 1,2	5,70
2356	Protrombina, mutazioni	60,00
2357	Prova crociata di compatibilità trasfusionale	10,50
2358	Prova crociata piastrinica	7,00
2359	Prova da carico con amminoacidi	8,30
2360	Prova da carico vitamina K	12,00
2361	Prova di compatibilità molecolare pre-trapianto	135,00
2362	Prova di compatibilità sierologica pre-trapianto	66,70
2363	Prove emogeniche (tempo di stillicidio, tempo di coagulazione, fragilità capillare, etc.)	4,80
2364	Purine e loro metaboliti	13,60
2365	Rame (cupremia)	6,10
2366	Reazione di Paul-Bunnell	5,00
2367	Reazione di Waaler-Rose	6,60
2368	Reazione di Wasserman	10,00
2369	Reazione di Wasserman + 2 reazioni di flocculazione	10,10
2370	Reazione immunologica di gravidanza	4,80
2371	Recettori degli estrogeni o del progesterone, dosaggio	22,00
2372	Renina o angiotensina II	14,90
2373	Resistenze osmotiche eritrocitarie (test di Simmel)	6,10
2374	Reticolociti, conteggio (unico esame)	3,50
2375	Retrazione del coagulo	2,60
2376	Ricerca rosette E	10,10
2377	Rotavirus, ricerca nelle feci	7,00
2378	Salicilato	11,00
2379	Schema di Arneth (unico esame)	2,60
2380	Scotch test (ricerca uova ossiuri)	6,10
2381	Screening per anemia falciforme	130,00
2382	Screening per talassemia Tay Sachs	130,00
2383	Sideremia	4,00
2384	Solfati urinari	10,50
2385	Somatomedina	18,00
2386	Somatostatina	16,00
2387	Sorbitolo deidrogenasi	8,00
2388	Sostanza amiloide, ricerca	4,40
2389	Spirocheta, esame microscopico	4,80
2390	Stafilococchi e streptococchi, esame colturale	6,10
2391	STH (ormone somatotropo plasmatico o urinario)	14,90
2392	Streptozyyme, test	9,20
2393	Succo duodenale, esame chimico e microscopico	14,90
2394	Succo gastrico, esame chimico e microscopico	22,00
2395	T3 reverse	14,90
2396	T3 uptake	14,90
2397	Tampone auricolare (monolaterale), esame colturale	18,00
2398	Tampone congiuntivale (monolaterale), esame colturale	18,00
2399	Tampone nasale, esame colturale	18,00
2400	Tampone orofaringeo, esame colturale	9,20
2401	Tampone uretrale, esame colturale	14,90
2402	Tampone vaginale, esame colturale	14,90
2403	Telopeptidi	21,90
2404	Tempo di consumo di protrombina	4,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2405	Tempo di lisi del coagulo o fibrinolisi	7,90
2406	Tempo di lisi euglobulinica	3,50
2407	Tempo di protrombina (PT)	4,00
2408	Tempo di protrombina parziale (PTT)	4,00
2409	Tempo di protrombina residua	10,10
2410	Tempo di ricalcificazione (Howell)	4,80
2411	Tempo di trombina (TT)	4,80
2412	Tempo di tromboplastina attivata (aPTT)	7,50
2413	Teofillina	14,90
2414	Test alla Bromocriptina	34,70
2415	Test alla metacolina	50,90
2416	Test alla secretina	50,90
2417	Test alla Tolbutamide	50,90
2418	Test del sudore, stimolo con pilocarpina (dosaggio cloro, sodio e potassio)	9,70
2419	Test di adesività piastrinica	12,30
2420	Test di aggregazione piastrinica	9,20
2421	Test di autoemolisi	6,10
2422	Test di HAM	6,10
2423	Test di Kleihauer (ricerca di emazie fetali)	3,50
2424	Test di Coombs Moreschi diretto	6,10
2425	Test di Coombs Moreschi indiretto	8,80
2426	Test di Kweim (sarcoidosi)	10,10
2427	Test di falcizzazione	4,40
2428	Test di Little-Katz (leucocituria dopo predivisione)	3,10
2429	Test di Nelson Mayer o di immobilizzazione	14,90
2430	Test di Nordin	21,10
2431	Test di resistenza alla proteina C attivata	11,40
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)	37,80
2435	Test di stimolazione linfocitaria (fitoemoagglutinazione o altro) - blastogenesi	29,40
2436	Testosterone libero	14,00
2437	Test di Thorn con stimolo con ACTH	18,00
2438	Testosterone plasmatico o urinario	13,90
2439	Tipizzazione antigeni A-B-0	8,30
2440	Tipizzazione biochimica o sierologica di germi o salmonelle	12,30
2441	Tipizzazione di cellule emopoietiche (fino a 6 antigeni)	14,00
2442	Tipizzazione genomica HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DP, HLA-DQ, HLA-DR - ciascuna	99,20
2443	Tipizzazione genomica HLA-DPA1, HLA-DPB1, HLA-DQA1, HLA-DQB1, HLA-DRB (1, 3, 4, 5) - ciascuna	215,10
2444	Tipizzazione linfocitaria (qualsiasi numero di sottopopolazioni)	85,20
2445	Tipizzazione sierologica HLA classe I e II	190,00
2446	Tireoglobulina	10,50
2447	Tiroxina libera (FT4)	10,50
2448	Tiroxina totale (T4)	11,80
2449	Titolo anti stafilolisinico (TAF)	4,40
2450	Titolo anti streptochinasico	7,50
2451	Titolo anti streptojaluronidasico	7,50
2452	Titolo anti streptolisinico (TAS o ASLO)	7,50
2453	TPHA	7,50
2454	Transaminasi glutammico ossalacetica (GOT) o glutammico piruvica(GPT)	3,10
2455	Transcobalamina	18,90
2456	Transferrina (capacità ferro legante)	6,10
2457	Transferrina carboidrato carente (CDT)	11,50

2458	Transferrina totale	8,70
2459	Transglutaminasi tissutale (tTG)	18,00
2460	Trichomonas: ricerca	6,10
2461	Trigliceridi	3,80
2462	Triiodotironina libera o totale (FT3 o T3)	10,60
2463	Triiodotironina uptake (T3 uptake)	12,40
2464	Tripsina s/u	12,30
2465	Tritest o bitest	53,10
2466	Trombina - Antitrombina III complesso (TAT)	3,50
2467	Trombina coagulasi	3,50
2468	Tromboelastogramma	9,70
2469	Trombossano B2	7,00
2470	Troponina I o T cardio specifico	21,10
2471	TSH (ormone tireotropo)	11,70
2472	Urati clearance	5,00
2473	Urea, clearance	4,00
2474	Uricemia	2,80
2475	Uricuria nelle 24 ore	3,50
2476	Urine, esame chimico e microscopico completo	3,50
2477	Urine, esame parziale (acetone e glucosio quant.)	1,80
2478	Urine: prova di concentrazione e/o diluizione (come unico esame)	3,30
2479	Urinocoltura	11,80
2480	Uroporfirine	10,50
2481	Valore ematocrito (unico esame)	1,30
2482	VDRL	4,00
2483	Velocità di sedimentazione delle emazie	2,60
2484	Vibrione colerico nelle feci (ricerca diretta)	7,00
2485	Virus esame colturale	35,60
2486	Virus ibridazione acidi nucleici	73,30
2487	Virus respiratorio sinciziale (ricerca diretta)	19,00
2488	Viscosità ematica	33,40
2489	Viscosità plasmatica	7,90
2490	Vitamina A (retinolo)	14,90
2491	Vitamina B12 o Folati (acido folico)	14,90
2492	Vitamina B6	15,00
2493	Vitamina D (1-25 OH)	20,20
2494	Vitamina D3 (25 OH Vit. D3)	20,20
2495	Vitamine liposolubili o idrosolubili, dosaggio plasmatico	13,20
2496	Weil-Felix, (tifo petecchiale) agglutinazione per	10,10
2497	Western Blot - Test di conferma per infezioni virali	133,00
2498	Widal (tifo e paratifo A e B), agglutinazione per	12,30
2499	Widal-Wright (tifo, paratifo e melitense), agglutinazione per	7,90
2500	Xilosio	12,30
2501	Zinco (o altri metalli non specificati - alluminio, nichel, selenio, etc.), dosaggio	8,30
2502	Zincoprotoporfirina	11,00

ESAMI CITO/ISTOLOGICI/IMMUNOISTOCHIMICI*Premesse specifiche di branca*

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.

Esami citologici

2701	Citologico (striscio) per ricerca batteriologica vaginale (unico esame)	15,00
2702	Citologico per diagnostica ormonale	12,00
2703	Citologico per diagnostica tumorale (broncoaspirato, espettorato, liquidi sinoviali o liquidi biologici, salvo urine)	57,60
2704	Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale	20,00
2705	Citologico per diagnostica tumorale urine (1 campione)	33,60
2706	Citologico per diagnostica tumorale urine (3 campioni)	60,00
2707	Citologico su agoaspirati mammari, tiroidei o linfoghiandolari	60,00
2708	Citologico testicolare	37,20

Esami istologici/immunoistochimici*Premesse specifiche di branca*

Gli esami si intendono eseguiti con qualsiasi tecnica o metodica.

2709	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche, per singolo anticorpo usato (citocheratina, vimentina, EMA, S-100, HMB45, GFAP-1)	51,60
2710	Immunofenotipo di popolazioni cellulari neoplastiche: ogni anticorpo successivo al primo	27,60
2711	Immunofenotipo di popolazioni linfocitarie per diagnosi di linfoma	252,00
2712	Immunoistochimica su paraffina: estrogeni o progesterone o indici di proliferazione cellulare	52,80
2713	Istologico (1 per parte anatomica o neoformazione)	66,00
2714	Istologico, ogni inclusione in più	27,60
2715	Istologico durante intervento (estemporaneo) (1 per parte anatomica o neoformazione)	168,00
2716	Istologico durante intervento (estemporaneo) (ogni inclusione in più)	45,60

Prelievi

2717	Prelievo arterioso a domicilio	30,00
2718	Prelievo venoso o capillare a domicilio	12,00
2719	Prelievo di succo duodenale	31,00
2720	Prelievo di succo gastrico	26,00
2721	Prelievo prostatico a domicilio	28,00
2722	Prelievo rettale a domicilio	18,00
2723	Prelievo secrezione uretrale o vaginale a domicilio	20,00

Cardiologia*Premesse specifiche di branca*

Le tariffe descritte comprendono l'uso delle apparecchiature e dei compensi professionali.

2724	Cardiotocografia (come unico esame)	30,00
2725	Cardiotocografia (durante la visita)	25,00
2726	E.C.G. di base	30,00
2727	E.C.G. di base e dopo sforzo (test di Master)	70,00

2728	E.C.G. di base e dopo sforzo Treadmill	70,00
2729	E.C.G. dinamico secondo Holter (24 h)	90,00
2730	E.C.G. domiciliare	48,00
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	150,00

Diagnostica per immagini

Angiografia

Premesse specifiche di branca

Le tariffe comprendono l'intera équipe medica-radiologica-anestesiologica, il contrasto e le radiografie necessarie.

I materiali speciali ed eventuali medicinali sono rimborsati come 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%.

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.

2736	Angiografia carotidea o vertebrale intracranio	800,00
2737	Angiografia midollare (1 distretto)	520,00
2738	Angiografia midollare (2 distretti)	730,00
2739	Angiografia midollare (3 distretti o completa)	830,00
2740	Arteriografia aorta addominale o aorta toracica	850,00
2741	Arteriografia aorta addominale + arteriografia selettiva	1.100,00
2742	Arteriografia aorta addominale + iliaca ed arti inferiori	1.100,00
2743	Arteriografia arco aortico e vasi epiaortici	770,00
2744	Arteriografia arco aortico, vasi epiaortici e aorta toracica (compresi arti superiori)	930,00
2745	Arteriografia arto inferiore monolaterale (unico esame)	500,00
2746	Arteriografia iliaca e arterie femorali compresi arti inferiori	850,00
2747	Arteriografia polmonare	620,00
2748	Arteriografia polmonare e cavografia	630,00
2749	Arteriografia total body dell'aorta (distretto sopraortico-toracico-addominale)	1.300,00
2750	Cavografia inferiore o superiore	630,00
2751	Controllo TIPS	380,00
2752	Flebografia arti superiori e cavografia	630,00
2753	Flebografia arti superiori o inferiori	360,00
2754	Flebografia dell'orbita	260,00
2755	Flebografia di un arto	260,00
2756	Flebografia ovarica monolaterale	300,00
2757	Flebografia ovarica bilaterale	515,00
2758	Flebografia spermatica monolaterale	515,00
2759	Flebografia spermatica bilaterale	620,00
2760	Flebografia spinale	430,00
2761	Linfografia	300,00
2762	Panangiografia cerebrale	1.700,00

Ecografia

Premesse specifiche di branca

Tutte le prestazioni si considerano eseguite con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura. In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%. 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)

2763	Addominale inferiore-pelvi (esame completo)	64,00
2764	Addominale superiore (esame completo)	77,00
2765	Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)	90,00
2766	Ciclo ovulatorio (fino ad 8 esami)	230,00
2767	Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo	255,00
2768	Ecocardiogramma M Mode 2D	76,00
2769	Ecocardiocolordoppler fetale	120,00
2770	Ecocardiogramma M MODE 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	120,00
2771	Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)	100,00
2772	Ecografia endobronchiale	670,00
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	120,00
2776	Ecografia intravascolare (IVUS) per qualsiasi intervento	750,00
2777	Esame in gravidanza anche gemellare (qualsiasi settimana)	80,00
2778	Ecografia in gravidanza con translucenza nucale	135,00
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) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrapubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)	55,00
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	80,00
2783	Renale, surrenale bilaterale e vescica	62,00
2784	Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto	77,00
2785	Transesofagea per gastroenterologia	150,00
2786	Transfontanellare encefalica	100,00
2787	Transvaginale con eventuale colordoppler	65,00
2788	Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale	100,00

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.

2789	Densitometria lombare con T.C.	70,00
2790	Densitometria total body	70,00
2791	Mineralometria ossea computerizzata (un segmento o tratto)	52,00
2792	Mineralometria ossea computerizzata (più segmenti o total body)	75,00

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 necessaria, compresa assistenza per scopia.

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

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

2793	Addome: esame diretto	38,00
2794	Apparato genitale femminile, esame diretto	38,00
2795	Apparato genitale maschile, esame diretto	42,00
2796	Apparato urinario, esame diretto	38,00
2797	Arti ed articolazioni: omero, gomito, avambraccio, femore, ginocchio, gamba, anca	36,00
2798	Arti ed articolazioni: polso, mano, caviglia, piede, dita	30,00
2799	Arti inferiori sotto carico con bacino	82,00
2800	Articolazione temporo-mandibolare, esame diretto	34,00
2801	Artrografia	130,00
2802	Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale	90,00
2803	Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)	125,00
2804	Bacino	36,00
2805	Broncografia, monolaterale o bilaterale	170,00
2806	Cavernosografia	120,00
2807	Cavernosografia con manometria	200,00
2808	Cistografia	90,00
2809	Cistografia con doppio contrasto	110,00
2810	Cistouretrografia minzionale	135,00
2811	Clavicola	36,00
2812	Clisma opaco con doppio contrasto	134,00
2813	Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria	70,00
2814	Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)	120,00
2815	Colangiografia intra operatoria	150,00
2816	Colangiografia percutanea	290,00
2817	Colangiografia retrograda	180,00
2818	Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)	700,00
2819	Colecistografia per os con o senza prova di Bronner	70,00
2820	Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)	40,00
2821	Colonna vertebrale completa	80,00
2822	Colonna vertebrale completa più bacino sotto carico	90,00
2823	Colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)	36,00
2824	Colpo-cisto-defecografia	150,00
2825	Corpi estranei, localizzazione	36,00
2826	Cranio e/o seni paranasali	44,00
2827	Dacriocistografia	120,00
2828	Defecografia	130,00
2829	Derivazioni liquorali, controllo radiologico	26,00
2830	Determinazione diametri pelvici	36,00
2831	Emimandibola	30,00
2832	Esame radiologico a domicilio del paziente (oltre l'esame)	110,00
2833	Esame radiologico a letto del paziente (oltre l'esame) - in regime di ricovero notturno	45,00
2834	Esame radiologico in sala operatoria (oltre l'esame)	55,00
2835	Esofago con contrasto opaco	65,00
2836	Esofago con doppio contrasto	70,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
2837	Età ossea (mano e polso o ginocchio, etc.)	24,00
2838	Faringe: esame diretto	30,00
2839	Faringografia opaca	80,00
2840	Fistolografia	120,00
2841	Forami ottici	38,00
2842	Galattografia	120,00
2843	Ghiandole salivari, esame diretto	38,00
2844	Ginocchio sotto carico	36,00
2845	Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo	150,00
2846	Laringe, esame diretto	33,00
2847	Laringografia opaca	90,00
2848	Mammografia monolaterale	60,00
2849	Mammografia bilaterale	80,00
2850	Mastoide	40,00
2851	Mielografia cervicale o dorsale	220,00
2852	Orbita, esame diretto	36,00
2853	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie	28,00
2854	Ossa nasali, esame diretto	36,00
2855	Piedi sotto carico	42,00
2856	Pielografia retrograda monolaterale	120,00
2857	Pielografia retrograda bilaterale	150,00
2858	Pielografia transpielostomica	75,00
2859	Pielouretrografia percutanea	200,00
2860	Pneumocistografia mammaria	90,00
2861	Radicolografia	180,00
2862	Regione vescicale, esame diretto	38,00
2863	Rocche petrose	36,00
2864	Rotula	30,00
2865	Rotula assiali a 30°, 60°, 90°	55,00
2866	Scapola	33,00
2867	Scheletro toracico costale monolaterale	38,00
2868	Scheletro toracico costale bilaterale	57,00
2869	Scialografia	92,00
2870	Sella turcica, esame diretto	30,00
2871	Spalla	33,00
2872	Spalla sotto carico	40,00
2873	Sterno	38,00
2874	Stomaco con doppio contrasto	110,00
2875	Stomaco, duodeno	77,00
2876	Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale	65,00
2877	Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale	80,00
2878	Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione	80,00
2879	Stratigrafia del mediastino	80,00
2880	Stratigrafia del torace, monolaterale	80,00
2881	Stratigrafia del torace, bilaterale	90,00
2882	Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti	78,00
2883	Studio dei tempi di transito intestinale	110,00
2884	Studio selettivo ultima ansa	50,00
2885	Telecuore con esofago baritato	47,00
2886	Teleradiografia del cranio (qualsiasi numero di proiezioni)	39,00
2887	Tenue a doppio contrasto con studio selettivo	200,00
2888	Tenue, esame seriato	140,00
2889	Tessuti molli, esame diretto	38,00

2890	Tiroide, esame diretto	38,00
2891	Tiroide, esofagogramma cervicale	45,00
2892	Torace tradizionale o equalizzato e/o telecuore	35,00
2893	Trachea, esame diretto	24,00
2894	Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)	104,00
2895	Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)	85,00
2896	Tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, tenue colon, esofago)	150,00
2897	Uretrocistografia ascendente e minzionale	135,00
2898	Urografia (esame completo)	200,00
2899	Vasi, esame diretto	30,00
2900	Vescicolo deferentografia	217,00

Risonanza Magnetica Nucleare

Premesse specifiche di branca

Gli esami si intendono completi di tutte le sequenze di acquisizione necessarie, della prestazione anestesiológica ove necessaria e di eventuali altri operatori medici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50%. Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della 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 metamerone spinale o di un arto.

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

2901	Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	78,00
2902	Angio R.M. (qualsiasi distretto vascolare - a distretto, salvo i casi descritti)	340,00
2903	Angio R.M. circolo endocranico	340,00
2904	Angio R.M. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	340,00
2905	Angio R.M. tronchi sovraortici (di 1 o 2 tronchi sovraortici)	340,00
2906	ATM monolaterale	200,00
2907	Cine R.M. come studio funzionale di articolazioni	400,00
2908	Colangio e/o Wirsung RMN	270,00
2909	R.M. addome superiore e inferiore - pelvi	330,00
2910	R.M. addome superiore o inferiore - pelvi	280,00
2911	R.M. articolazione ed 1 segmento osseo (ginocchio - spalla - gomito - collo piede - etc.)	180,00
2912	R.M. ogni articolazione e segmento osseo oltre al primo	90,00
2913	R.M. bacino o collo o laringe o faringe o cranio o ipofisi o nervi acustici o mammella bilaterale o massiccio facciale o torace e mediastino	240,00
2914	R.M. cuore	360,00
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)	210,00
2918	R.M. rachide e midollo spinale (2 tratti)	340,00
2919	R.M. rachide e midollo spinale (3 tratti)	440,00
2920	R.M. Total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	500,00
2921	Scialo-R.M.	240,00
2922	Studio dei flussi liquorali cerebrali	450,00
2923	Uro-R.M.	280,00

Tomografia Assiale Computerizzata

Premesse specifiche di branca

Gli esami si intendono completi dello scanogramma e delle scansioni necessarie, della prestazione anestesiológica ove necessaria e di eventuali altri operatori medici. Per ogni ulteriore esame o tratto esaminato oltre al primo, nel corso della stessa seduta, s'intende applicata la tariffa prevista ridotta del 50%. Qualsiasi esame eseguito "con contrasto" o "senza e con contrasto", sarà aumentato della 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-astraglica); 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

2924	Uso di qualsiasi mezzo di contrasto	78,00
2925	Angio T.C. di qualsiasi distretto - a distretto vascolare con eventuale ricostruzione 3D - salvo i casi descritti	250,00
2926	Angio T.C. aorta addominale	250,00
2927	Angio T.C. aorta addominale e arterie arti inferiori	250,00
2928	Angio T.C. aorta toracica	250,00
2929	Angio T.C. aorta toracica e addominale	250,00
2930	Angio T.C. arterie renali o vasi splancnici	250,00
2931	Angio T.C. di 1 o 2 arti superiori o inferiori	250,00
2932	Angio T.C. circolo endocranico	250,00
2933	Angio T.C. del cuore	250,00
2934	Angio T.C. delle arterie coronarie	250,00
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	150,00
2938	Broncoscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	250,00
2939	Colonscopia virtuale (eseguita con TC più ricostruzione 3d più endoscopia virtuale)	250,00
2940	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 1 arcata	125,00
2941	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico: 2 arcate	170,00
2942	Mielo T.C.: 1 tratto colonna vertebrale	270,00
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	120,00
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	250,00
2949	T.C. bacino e sacro	160,00
2950	T.C. colonna vertebrale: 1 segmento con un minimo di 3 spazi intersomatici	160,00
2951	T.C. colonna vertebrale: 2 segmenti (cervicale e dorsale o lombosacrale e sacrococcigeo)	220,00
2952	T.C. colonna vertebrale: 3 segmenti (cervicale e dorsale e lombosacrale o sacrococcigeo)	260,00
2953	T.C. cranio e/o orbite o T.C. cranio e/o sella turcica o T.C. cranio e/o rocche petrose o T.C. cranio e/o mastoidi	150,00
2954	TC mascellare con elaborazione computerizzata superiore o inferiore (VITREA)	150,00
2955	T.C. torace o addome superiore o inferiore - pelvi	180,00
2956	T.C. total body: cranio, torace, addome superiore e inferiore - pelvi	400,00
2957	Uro - TC	180,00
2958	TAC/PET - compreso radioisotopo ed eventuale trasporto	800,00

Diagnostica vascolare**Ultrasonografia doppler - ecodoppler - ecocolor Doppler***Premesse specifiche di branca*

Gli esami si riferiscono ad entrambi i lati, comprensivi dello studio del circolo arterioso e venoso. 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%.

2959	Arti superiori o inferiori (bilaterale): Doppler	60,00
2960	Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcoDoppler	70,00
2961	Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcocolorDoppler	90,00
2962	Arti superiori e inferiori (quattro arti): Doppler	80,00
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	85,00
2966	Fibroscan (compresa ecografia epatica)	70,00
2967	Penieno o testicolare: Doppler	80,00
2968	Penieno o testicolare: EcoDoppler	90,00
2969	Penieno o testicolare: EcocolorDoppler	105,00
2970	Tiroide: EcocolorDoppler	80,00
2971	Transcranico completo: EcoDoppler	70,00
2972	Transcranico completo: EcocolorDoppler	90,00
2973	Transcranico completo con analisi spettrale	100,00
2974	Tronchi sovraortici: Doppler	65,00
2975	Tronchi sovraortici: EcoDoppler	80,00
2976	Tronchi sovraortici: EcocolorDoppler	90,00
2977	Viscerale: Doppler	40,00
2978	Viscerale: EcoDoppler	70,00
2979	Viscerale: EcocolorDoppler	85,00

Medicina nucleare (scintigrafia)*Premesse specifiche di branca*

Le tariffe si intendono comprensive dei medicinali, degli indicatori, dei materiali d'uso e dell'assistenza cardiologica ed anestesologica, ove necessaria.

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

Apparato circolatorio

2980	Angiocardioscintigrafia di primo passaggio	100,00
2981	Angiocardioscintigrafia all'equilibrio	120,00
2982	Angioscintigrafia distretti arteriosi o venosi	120,00
2983	Scintigrafia del miocardio a riposo (SPECT)	235,00
2984	Scintigrafia del miocardio a riposo (planare)	235,00
2985	Scintigrafia del miocardio a riposo e dopo stimolo (PET)	750,00
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)	410,00
2989	Studio della funzione ventricolare globale e regionale (GATED-SPECT)	130,00

Apparato digerente

2990	Octreoscan	600,00
2991	Ricerca di mucosa gastrica ectopica	80,00
2992	Scintigrafia delle ghiandole salivari	100,00
2993	Studio scintigrafico del transito esofago-gastro-duodenale	150,00
2994	Valutazione delle gastro enterorragie	105,00

Apparato emopoietico

2995	Determinazione del tempo di sopravvivenza delle emazie	180,00
2996	Determinazione del volume plasmatico e del volume eritrocitario	52,00
2997	Determinazione della cinetica piastrinica	260,00
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	60,00
3001	Studio completo della ferrocinetica	145,00

Apparato osteo-articolare

3002	Scintigrafia globale corporea (PET)	1.000,00
3003	Scintigrafia globale scheletrica	200,00
3004	Scintigrafia ossea o articolare polifasica segmentaria	150,00
3005	Scintigrafia ossea o articolare segmentaria	105,00

Apparato respiratorio

3006	Scintigrafia polmonare con indicatore positivo	170,00
3007	Scintigrafia polmonare perfusionale (planare)	120,00
3008	Scintigrafia polmonare perfusionale (SPECT)	120,00
3009	Scintigrafia polmonare ventilatoria	230,00

Apparato urinario

3010	Cistoscintigrafia diretta	80,00
3011	Scintigrafia renale con DMSA (planare)	85,00
3012	Scintigrafia renale con DMSA (SPECT)	200,00
3013	Scintigrafia renale sequenziale con tracc. a rapida escrezione ed elaborazione e valutazione parametri semiquantitativi e/o quantitativi e misura del filtrato glomerulare	200,00

Fegato e vie biliari e milza

3014	Scintigrafia epatica (SPECT)	180,00
3015	Scintigrafia epatica con indicatore positivo (planare)	140,00
3016	Scintigrafia epatica con indicatore positivo (SPECT)	190,00
3017	Scintigrafia epato-biliare sequenziale	120,00
3018	Scintigrafia epatosplenica (planare)	120,00
3019	Scintigrafia epatosplenica con flussimetria e clearance kuppferiana	140,00
3020	Scintigrafia splenica con emazie autologhe	80,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
Sistema nervoso centrale		
3021	Scintigrafia cerebrale (planare)	160,00
3022	Scintigrafia cerebrale (SPECT)	320,00
3023	Scintigrafia cerebrale planare con angioscintigrafia	130,00
3024	Scintigrafia cerebrale qualitativa (PET)	800,00
3025	Scintigrafia cerebrale quantitativa (PET)	950,00
3026	Scintigrafia del midollo osseo corporeo totale	85,00
Tiroide e paratiroide		
3027	Captazione tiroidea	50,00
3028	Scintigrafia delle paratiroidi (inclusa scintigrafia tiroidea)	200,00
3029	Scintigrafia tiroidea	80,00
3030	Scintigrafia tiroidea con indicatore positivo	200,00
3031	Scintigrafia globale corporea per ricerca metastasi tumori tiroidei	220,00
Altri organi		
3032	Immunoscintigrafia	510,00
3033	Ricerca di focolai flogistici con leucociti autologhi marcati	400,00
3034	Ricerca linfonodo sentinella (chirurgia radioguidata) (compresa prestazione del medico nucleare-radiologo)	320,00
3035	Scintigrafia dell'apparato genitale maschile	155,00
3036	Scintigrafia globale corporea per localizzazione neoplastica con indicatori positivi	420,00
3037	Scintigrafia mammaria bilaterale	170,00
3038	Scintigrafia surrenale	320,00
3039	TAC/PET - compreso radioisotopo ed eventuale trasporto	800,00
Neurologia		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%. Le tariffe sono omnicomprensive dei materiali d'uso e dei medicinali.		
3040	Brain mapping	120,00
3041	Cura del sonno (terapia completa)	240,00
3042	Elettroencefalogramma	110,00
3043	Elettroencefalogramma con sonno farmacologico	160,00
3044	Elettroencefalogramma dinamico 24 ore	240,00
3045	Elettroencefalogramma (monitoraggio intraoperatorio)	450,00
3046	Elettromiografia completa senza distinzione di segmento	75,00
3047	Elettroencefalografia con velocità di conduzione motoria e sensitiva (per arto)	35,00
3048	Elettroshock con narcosi e spasmolisi (ogni applicazione)	90,00
3049	Esame elettrodiagnostico cronassimetrico (per arto)	25,00
3050	Esame elettrodiagnostico semplice (per arto)	18,00
3051	Polifisiografia del sonno (1 ciclo)	140,00
3052	Polifisiografia del sonno (intera notte)	190,00
3053	Potenziali evocati (Baers - Pes - Pev)	75,00
3054	Potenziali evocati motori per stimolazione magnetica corticale	75,00
3055	Potenziali evocati multimodali	110,00
3056	Shock insulinico	75,00
3057	Shock con altri mezzi medicamentosi	40,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
3058	Studio neurofisiologico del pavimento pelvico	180,00
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	70,00
Oculistica		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%. I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte. La transilluminazione, il test di Shirmer e lo schermo di Hess sono compresi nella visita.		
3063	Biometria ottica no-contact (interferometria laser)	90,00
3064	Biomicroscopia ad ultrasuoni (UBM)	45,00
3065	Campimetria cinetica o statica - perimetria	48,00
3066	Campimetria computerizzata (VCP)	54,00
3067	Conta cellule endoteliali (salvo i casi descritti)	60,00
3068	Ecobiometria (cristallino)	60,00
3069	Elettromiografia	70,00
3070	Elettronistagmografia	55,00
3071	Elettrooculogramma	60,00
3072	Elettroretinogramma	65,00
3073	Esame ortottico completo (ortottista)	45,00
3074	Esercizi ortottici (a seduta) (ortottista)	25,00
3075	Fluorangiografia del segmento anteriore	120,00
3076	Fluorangiografia della retina con fluorescina	125,00
3077	Fluorangiografia della retina con verde indocianina	150,00
3078	Fluorangioscopia, angioscopia del segmento anteriore, tempo di circolo della fluorescina	100,00
3079	Fotografia del fondo o del segmento anteriore a colori o bianco e nero	25,00
3080	Heidelberg retina tomography (oftalmoscopia laser confocale) con analisi morfometrica del nervo ottico	85,00
3081	GDX (scanning laser polarimetria retinica)	65,00
3082	Gonioscopia	30,00
3083	Microperimetria	50,00
3084	Oftalmodinamometria	30,00
3085	Pachimetria corneale	40,00
3086	Potenziali evocati visivi	75,00
3087	Pupillografia	40,00
3088	Retinografia	45,00
3089	Retinoscopia	105,00
3090	S.C.O. (esame del disco ottico e delle fibre nervose retiniche)	60,00
3091	Tonografia e test di provocazione	35,00
3092	Tonometria, orbitotonometria (se unico atto medico; diversamente compreso nella visita)	35,00
3093	Topografia corneale	55,00
3094	Valutazione flusso ematico oculare (OBF)	50,00
3095	Valutazione nictomerale pressione oculare (curva tonometrica)	55,00

Otorinolaringoiatria

Premesse specifiche di branca

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%. I materiali e i medicinali sono compresi nelle tariffe esposte.

3096	Acufenometria	15,00
3097	Elettrococleografia (ecog)	80,00
3098	Esame audiometrico per adattamento protesico	26,00
3099	Esame audiometrico tonale e vocale	35,00
3100	Esame foniatrico (logopedista)	40,00
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)	85,00
3104	Esame vestibolare con stimolazione pendolare	45,00
3105	Esame vestibolare con stimolazione rotatoria	45,00
3106	Esame vestibolare con stimolazione termica	35,00
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)	25,00
3110	Gustometria	8,00
3111	Impedenzometria	30,00
3112	Insufflazioni endotimpaniche (non eseguite in stabilimenti termali)	10,00
3113	Irrigazioni nasali (non eseguite in stabilimenti termali)	8,00
3114	Manovre liberatorie per canalicolitiasi	25,00
3115	Olfattometria	26,00
3116	Potenziali evocati acustici	60,00
3117	Rinomanometria (anteriore e posteriore)	40,00
3118	Sleep endoscopy per roncopia	30,00
3119	Stabilometria dinamica	60,00
3120	Stabilometria statica	50,00

Pneumologia*Premesse specifiche di branca*

In caso di esami eseguiti nel corso della stessa seduta, le tariffe degli esami successivi al primo si intendono ridotte del 50%. Le tariffe sono comprensive dei materiali d'uso ed eventuali medicinali.

3121	Aerosolterapia (non eseguite in stabilimenti termali)	8,00
3122	Broncoistillazione-broncoaspirazione	50,00
3123	Capnografia	21,00
3124	Compliance polmonare statica e dinamica	67,00
3125	Esercizi respiratori ed altre procedure (drenaggio) (a seduta)	15,00
3126	Ossimetria arteriosa (PaO ₂ o SaO ₂)	30,00
3127	Pletismografia corporea (misura VGT, resistenze, volumetria)	70,00
3128	Pletismografia induttiva toracica	50,00
3129	Pneumotacografia (curva flusso-volume) (unica prova)	30,00
3130	Pneumotacografia di base e dopo test di broncoostrizione/dilatazione (unica prova)	50,00
3131	Respirazione a pressione positiva intermittente	8,00
3132	Spirometria semplice (con vitalograph)	37,00
3133	Spirometria con prova da sforzo	50,00
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	60,00
3137	Spirometria con test farmaco-dinamici	70,00
3138	Spirometria con volume residuo	40,00
3139	Spirometria separata (broncospirometria)	110,00
3140	Test di diffusione in "steady state"	30,00
3141	Test di diffusione in respiro singolo	30,00
3142	Test di diffusione sotto sforzo	55,00
3143	Test di duttanza polmonare	40,00
3144	Titolazione CPAP/BPAP	45,00
3145	Ventiloterapia (a seduta)	17,00

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. 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.

3146	Immunoterapia specifica iniettiva o immunoterapia specifica con veleno di imenotteri	11,00
3147	Patch test - serie GIRDCA (a lettura immediata - qualsiasi numero di apteni)	65,00
3148	Prick test per inalanti ed alimenti (a lettura immediata - qualsiasi numero di allergeni) o Prick test ed intradermoreazioni scalari per veleno di imenotteri	50,00
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.)	45,00
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	55,00
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)	45,00

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, onde d'urto focali e noleggi 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 omnicomprensive dei materiali d'uso e medicinali. Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche.

La limitazione del numero di prestazioni rimborsabili, su esplicita richiesta dell'iscritto, non sarà applicata agli assistiti affetti da gravi quadri sintomatologici riportati nelle "Avvertenze".

Le voci con "manu medica" devono essere effettuate da medico-chirurgo abilitato nella Comunità Europea.

Riabilitazione

3152	Rieducazione cardiopatici (a seduta)	14,00
3153	Rieducazione neuromotoria (a seduta)	14,00

Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)

3154	Diatermia onde corte/microonde (marconi o radarterapia o onde d'urto radiali)	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
3163	Onde d'urto focali (manu medica) – Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno)	50,00
3164	Onde d'urto focali (manu medica) – Trattamenti ambulatoriali per tessuti osteoarticolari, senza anestetici, omnicomprensivi dei compensi professionali, uso della struttura sanitaria ed eventuali materiali e medicinali: a seduta (massimo rimborsabile 10 sedute l'anno).	60,00
3165	Pressoterapia o presso - depressoterapia intermittente	9,00
3166	Tecarterapia	10,00
3167	Terapia a luce ultravioletta o applicazione PUVA	7,00
3168	Ultrasonoterapia	7,00

Kinesiterapia (terapia di movimento)

3169	Agopuntura (manu medica), massimo 10 sedute annue (1 gennaio-31 dicembre) per assistito	18,00
3170	Esercizi assistiti in acqua	12,00
3171	Esercizi con attrezzature per isocinetica	13,00
3172	Esercizi posturali	7,00
3173	Rieducazione motoria	8,00
3174	Manipolazioni vertebrali o chiroterapia (manu medica)	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	12,00

PROGRESSIVO	DESCRIZIONE	TARIFFA FINO AD EURO
3180	Trazioni vertebrali meccaniche	8,00
3181	Noleggio apparecchiatura a domicilio per: kinesiterapia attiva o passiva o elettroterapia (ionoforesi, diadinamica, 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. - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE		
Per i servizi di assistenza infermieristica domiciliare e per gli altri servizi di assistenza medica, vedere l'apposito capitolo nelle "Avvertenze".		
SEZIONE T. - CURE TERMALI		
<i>Premesse specifiche di branca</i>		
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").		
3182	Fango e balneoterapia - al giorno, max 12 gg. per anno (1 gennaio -31 dicembre) per assistito	18,00
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	15,00
SEZIONE U. - TICKET		
3184	Ticket su prestazioni specialistiche (rimborso totale nei limiti massimi delle singole tariffe) - vedere "Avvertenze"	100,00 %



Via Vicenza, 23
www.fasi.it