



# NOVITÀ 2024

webinar 16 settembre 2024



## Riepilogo novità

**NOVITÀ**  
2024



### Odontoiatria

Il Fasi ha equiparato le tariffe di rimborso dell'indiretta alla diretta

### Medicina e Chirurgia

Aumento tariffe sale operatorie e ambulatoriali, e quelle dei pacchetti che prevedono l'uso della sala operatoria.

Complessivamente sono state riviste al rialzo 92 tariffe del Nomenclatore Tariffario del Fondo.



### Nuovi pacchetti chirurgici:

- Protesi totale del ginocchio (tecnica tradizionale e chirurgia robotica RAS)
- Protesi parziale del ginocchio (tecnica tradizionale e chirurgia robotica RAS)
- Riabilitazione post intervento ginocchio
- Protesi parziale dell'anca
- Ernia inguinale



### Nuovi pacchetti fisioterapia per sintomatologia

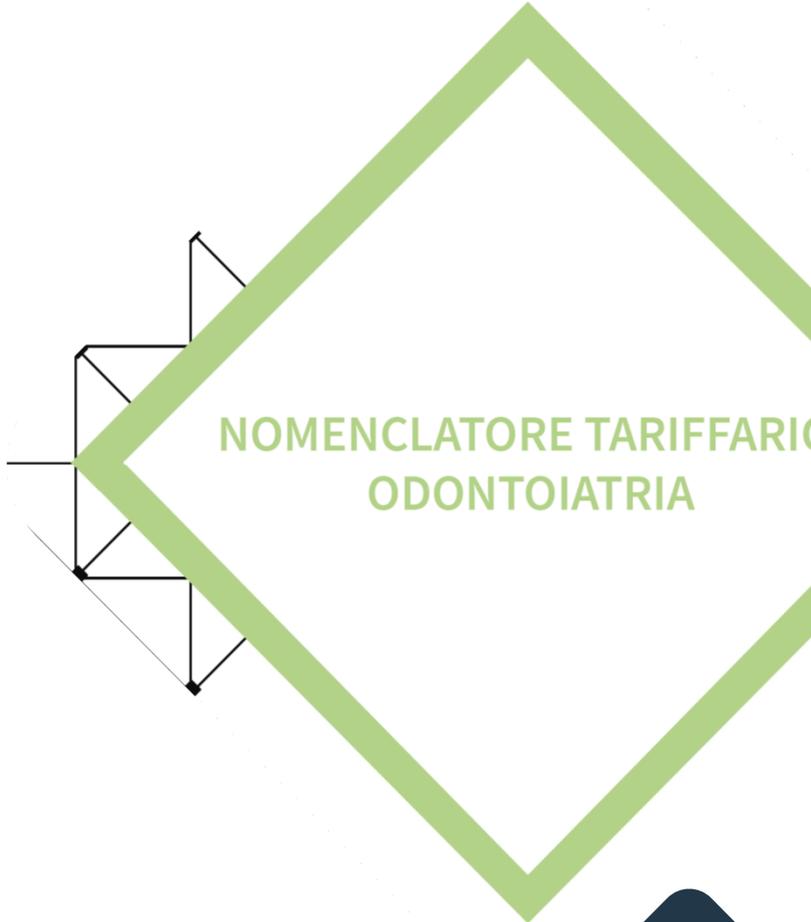


Estensione dell'indennizzo per l'assistenza professionale domiciliare a tutti gli assistiti, senza limiti di età.

Nuova Rendita temporanea LTC in caso di non autosufficienza permanente pari € 15.000. È possibile usufruire di entrambe le tutele per un aiuto complessivo fino a € 22.200.

## Odontoiatria

- 1) Per la sezione di Odontoiatria la novità più importante riguarda l'equiparazione delle tariffe di rimborso tra la forma indiretta e la forma diretta.
- 2) Il codice 2587, sempre rimborsabile ogni 5 anni dalla data di fatturazione, ha subito un aumento delle rispettive tariffe (diretta/indiretta) rispetto al 2023 (passato da 190€ in forma indiretta e 203€ in forma diretta a 353€ sia in forma diretta che indiretta).



NOMENCLATORE TARIFFARIO  
ODONTOIATRIA

## Novità pacchetti chirurgici

Conseguentemente a queste modifiche, sono state ricalcolate le tariffe di rimborso dei Pacchetti Chirurgici preesistenti che prevedevano almeno uno dei codici analitici oggetto di aumento da parte del Fondo e quindi:

- ▶ Pacchetto Cataratta
- ▶ Pacchetti Gastroenterologia
- ▶ Pacchetti Refrattiva
- ▶ Pacchetti Protesi di Anca

In associazione ai pacchetti su menzionati *non risultano aumentati* gli importi di rimborso dei pacchetti preoperatori o della FKT post protesi anca.

Tali modifiche tariffarie di rimborso sono attive a partire dal 1.1.2024; pertanto, non sono applicabili alle fatture di saldo /saldo parziale relative al 2023.

### LA REVISIONE DEL CODICE 28 "PROTESI ARTICOLARE"

Il codice fino ad oggi è riconosciuto indistintamente nel caso di protesi articolare per Anca, Spalla, Ginocchio, Gomito, Dita ecc.

A far data l'01.01.2024 sarà *distinto per articolazione*.

- ▶ Grandi Articolazioni (Anca, Ginocchio, Spalla)
- ▶ Medie Articolazioni (Gomito, Polso, Tibio-Peronea-Astragalica)
- ▶ Piccole Articolazioni (le restanti)

La nuova riclassificazione implica anche una diversificazione della tariffa di rimborso delle protesi stesse:

- ▶ 85518 Protesi articolare: grandi articolazioni € 2.900,00
- ▶ 85519 Protesi articolare: medie articolazioni € 2.400,00
- ▶ 85520 Protesi articolare: piccole articolazioni € 1.900,00

Per il riconoscimento delle stesse, si sottolinea *l'obbligo di presentazione della cartella clinica*.

# Revisione Sezione Q – Fisiokinesiterapia (1/2)

## IMPLEMENTAZIONE SOTTO-BRANCA “RIABILITAZIONE”

**Aggiunte nuove tipologie di Riabilitazione:**

- ▶ **78023** Rieducazione respiratoria per patologie apparato respiratorio
- ▶ **78021** Rieducazione posturale – gnatologica – logopedica – sensoriale (comprende ex codice 3172)
- ▶ **81579** Riabilitazione per patologie neoplastiche

**LIMITI / OBBLIGHI** uguali ai codici preesistenti:

- ▶ **Rimborsabili a seduta**
- ▶ **Partecipano alla valorizzazione delle 80 prestazioni annue**
- ▶ **Rimborso OMNICOOMPRESIVO** indipendentemente dal numero/tipologie di terapie eseguite durante la seduta
- ▶ **Non è sovrapponibile ad altre voci della Sezione Q**

## Revisione Sezione Q – Fisiokinesiterapia (2/2)

### INSERIMENTO NUOVA VOCE DI COMPARTECIPAZIONE PER “FISIOTERAPIA DOMICILIARE (AL GIORNO)”

A partire dal 1.1.2024 il Fasi riconosce una compartecipazione alla spesa per la Fisiokinesiterapia domiciliare (calcolata al giorno) indipendentemente da quante sedute giornaliere saranno effettuate.

Per richiedere il rimborso è necessaria la relazione medica di quadro clinico «critico» che escluda il regime ambulatoriale. Il nuovo codice 87801 si va a sommare al totale delle terapie erogate secondo i seguenti esempi:

- ▶ 1 seduta giornaliera domiciliare di: laserterapia antalgica – Tens – rieducazione motoria = codici 3161 x1 + 81583 x1 + 3173 x1 + 87801 x1
- ▶ 2 sedute domiciliari eseguite nella stessa giornata (es. mattina e pomeriggio) di: laserterapia antalgica – Tens – rieducazione motoria = codici 3161 x2 + 81583 x2 + 3173 x2 + 87801 x1

Il codice di “Fisioterapia domiciliare” non è riconosciuto nei casi dei Pacchetti fisiokinesiterapici su base sintomatologica e nel caso di terapie in corso di ricovero e/o ambulatoriali.

## **Pacchetti fisioterapici su base sintomatologica (1/3)**

Ogni pacchetto si compone di diversi gruppi di prestazioni fisioterapiche e prevede 15 sedute nelle quali dovranno essere svolte tutte le terapie incluse.

Le sedute devono essere fruite entro 60 giorni massimo dalla data della prima seduta (indipendentemente dal tipo di pacchetto).

Poiché le prestazioni fisiokinesiterapiche sono soggette a limiti quantitativi (80 prestazioni annue – inteso come 80 prestazioni da fruire nell’arco temporale 1 gennaio/ 31 dicembre), ogni pacchetto sintomatologico contribuirà alla valorizzazione dei limiti annui di voci/prestazioni fisiokinesiterapiche nella misura di 35 quantità/prestazioni e non sarà accessibile se si eccederanno le 80 prestazioni (esempio: se già si è usufruito di 50 prestazioni ne restano 30 disponibili, pertanto non si potrà usufruire di alcun pacchetto).

Richiedendo il pacchetto, il Fondo considererà fruite 35 delle 80 prestazioni previste per la FKT, indipendentemente dall’entità del rimborso.

## Pacchetti fisioterapici su base sintomatologica (2/3)

### SI SPECIFICA INOLTRE, CHE:

- ▶ Non è possibile convertire un pacchetto Sintomatologico, non fruibile per superamento limiti, in prestazioni ordinarie poiché i Pacchetti sono previsti su base sintomatologica mentre la FKT della Sezione Q prevede il rimborso su base di *patologia certa*.
- ▶ *Il rimborso di un pacchetto non è frazionabile*, come ad esempio i Pacchetti riabilitazione post-intervento fruiti in forma indiretta, ovvero non è possibile presentare tante richieste di rimborso fino alla concorrenza del massimale previsto per il pacchetto stesso.
- ▶ *Il rimborso di un Pacchetto Sintomatologico non è frazionabile in termini numerici e di importo* e dovrà essere richiesto (ed eventualmente rimborsato) in una unica soluzione. Dovrà essere eseguito nella totalità delle sedute entro massimo 60gg solari dalla data della prima seduta (conformemente a quanto previsto dal Regolamento).
- ▶ *Non sono ammesse fatturazioni anticipate* del predetto pacchetto/terapie.
- ▶ *È rimborsabile 1 solo pacchetto annuo*, non sarà erogabile (indipendentemente dalla forma di accesso diretta/indiretta) alcun altro rimborso per un ulteriore pacchetto (sia esso lo stesso o altro diverso) *compresa la casistica per cui sia presente un eventuale “residuo non fruito”*.
- ▶ Il rimborso di un Pacchetto Sintomatologico *esclude il rimborso di ulteriori prestazioni/voci fruiti e fatturate nell'ambito dei 60gg di riferimento temporale relativi al pacchetto e viceversa*.

## Pacchetti fisioterapici su base sintomatologica (3/3)

Per il riconoscimento di un Pacchetto Sintomatologico è obbligatoria la prescrizione redatta dal medico specialista, specializzato in Fisiatria e/o Ortopedia e Traumatologia, in cui sia specificata:

- ▶ la parte del corpo ed eventuale lateralità;
- ▶ il titolo di specializzazione del professionista che esegue la terapia;
- ▶ copia del diario fisioterapico con indicazione delle sedute controfirmate dal paziente;
- ▶ data di inizio terapie e data ultima terapia.

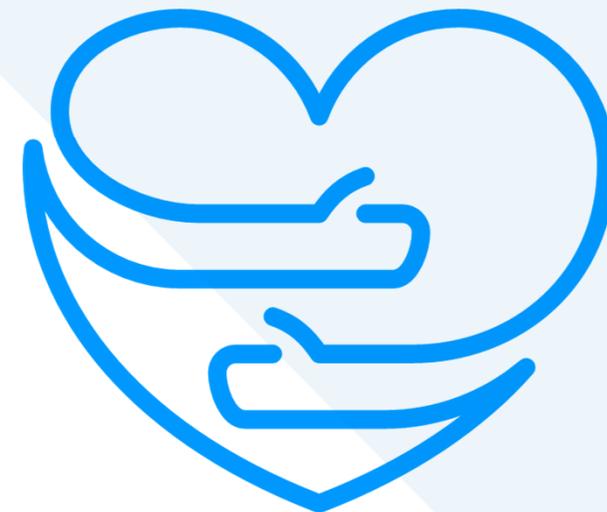
**In conclusione, si specifica che, ancor più per i Pacchetti Sintomatologici, è dirimente per l'applicazione dei termini regolamentati dal Fasi (60gg), la presentazione del diario fisioterapico oltre che la prescrizione.**

## Sinergie dei Pacchetti Sintomatologici con altre voci/prestazioni del Tariffario

- ◆ Possono essere associati alle voci/prestazioni della sezione «*Terapia Manu Medica*» e del singolo codice «*Noleggjo apparecchiature*».
- ◆ Non sono sovrapponibili (associabili) *tra di loro*, alle voci/prestazioni delle sottosezioni: «*Riabilitazione*» – «*Fisioterapia (Terapia con mezzi fisici)*» – «*Kinesiterapia (Terapia di movimento)*».
- ◆ Non è previsto il contributo per la «*Fisioterapia domiciliare*».

### NON sono rimborsabili/assimilabili a:

- ◆ riabilitazione post-intervento chirurgico;
- ◆ post-intervento chirurgico a pacchetto;
- ◆ post pacchetto riabilitazione protesi di anca (qualsiasi tipo) e/o post riabilitazione protesi ginocchio (qualsiasi tipologia).



## Novità Fasi Non Autosufficienza (1/2)

### ASSISTENZA PROFESSIONALE DOMICILIARE

**Indennizzo forfettario di 800,00 € al mese, per un massimo di 270 giorni (9 mesi) per evento/anno/assicurato.**  
*(non autosufficienza temporanea e permanente/ tutti gli assistiti)*

### RENDITA LTC TEMPORANEA PER NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

**Rendita per una durata non superiore a cinque anni dell'importo di € 15.000 annui, frazionata in rate mensili da € 1.250.**  
*(non autosufficienza permanente / iscritti in attività e familiari con età 18-65 anni)*

***È possibile usufruire di entrambe le tutele per un aiuto complessivo fino a € 22.200.***

## Novità Fasi Non Autosufficienza (2/2)



### ASSISTENZA PROFESSIONALE DOMICILIARE NON AUTOSUFFICIENZA

L'assistenza può essere erogata a tutti gli assistiti in caso di non autosufficienza temporanea o permanente. Condizione per l'attivazione della tutela è la necessità di assistenza per svolgere almeno 3 delle 6 azioni della vita quotidiana.

### RENDITA LTC TEMPORANEA PER NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

La tutela è riservata ai dirigenti in attività e proscrittori volontari e al loro nucleo familiare, con età compresa tra i 18 e i 65 anni, in caso di non autosufficienza permanente. Condizione per l'attivazione della tutela è la necessità di assistenza per svolgere almeno 3 delle 6 azioni della vita quotidiana. La tutela può essere erogata nel caso in cui la condizione di non autosufficienza permanente insorga a partire dal 1.01.2024.



#### *Azioni della vita quotidiana*

1. Muoversi nella stanza
2. Alzarsi e mettersi a letto
3. Vestirsi e svestirsi
4. Consumare cibi e bevande
5. Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba
6. Funzioni fisiologiche

Le tutele sono erogate grazie alla partnership con compagnie assicuratrici di primaria importanza.

Per ricevere informazioni o attivare le tutele, chiamare il numero 06.518911 - opzione 6

## Revisione tariffe degenza

Di seguito riportiamo l'incremento delle tariffe di degenza che, entrerà in vigore a partire dal 1° ottobre 2024.

Descrizione Prestazione	Tariffa attuale	Proposta nuova tariffa
RETTA DI DEGENZA IN REGIME DI RICOVERO NOTTURNO	200	300
RETTA GIORNALIERA RSA	25	40
RETTA DI DEGENZA RIABILITAZIONE POST INTERVENTO CHIRURGICO ORTOPEDICO O POST TRAUMATICO	120	220
RETTA DI DEGENZA TERAPIA INTENSIVARIANIMAZIONE/UNITÀ CORONARICA/SALA ASETTICA PER TRAPIANTI	970	1.300
RETTA DI DEGENZA IN (DAY HOSPITAL) PER CHEMIOTERAPIA, CURE ONCOLOGICHE E TERAPIA DEL DOLORE O (DAY-SURGERY)	140	180
RETTA DI DEGENZA - COMFORT ALBERGHIERO	115	115
RETTA DI DEGENZA - TERAPIA SUBINTENSIVA - A NOTTE	450	700

## Aggiornamento operativo **Odontoiatria**

- ▶ Liquidazione pratiche Odontoiatriche in forma Diretta:  
**20 Luglio**
- ▶ Liquidazione pratiche Odontoiatriche in forma Indiretta:  
**5 Giugno**
- ▶ Valutazione richieste ulteriore documentazione per pratiche Odontoiatria:  
**15 Maggio**
- ▶ Valutazione Piani di cura:  
**13 settembre**

Sondaggio di feedback al termine  
del webinar del 16 settembre 2024

