

**“FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER I
LAVORATORI DELL’ARTIGIANATO – SAN.ARTI.”**

**REGOLAMENTO DELLE PROCEDURE OPERATIVE RELATIVE ALLA
ISCRIZIONE, ALLA CONTRIBUZIONE ED ALLE PRESTAZIONI.**

Approvato dal C.d.A. il 12 ottobre 2012

ART. 1 – OGGETTO

Il Regolamento delle Procedure ordina l’insieme delle norme necessarie a gestire tutte le fasi operative per l’erogazione delle prestazioni agli iscritti aventi diritto.

ART. 2 – NORMATIVE DI RIFERIMENTO

Il fondo SAN.ARTI., è stato costituito il 23 luglio 2012 dalla parti Sociali firmatarie dell’Accordo Interconfederale dell’Artigianato del 21 settembre 2010 e, allo stato, recepito dai seguenti Contratti Nazionali di Lavoro, degli specifici settori dell’Artigianato, in vigore:

- CCNL dell’Area Legno e Lapidei
- CCNL dell’Area Acconciatura, Estetica e Centri benessere
- CCNL dell’Area Chimica – Ceramica
- CCNL dell’Area Alimentari e della Panificazione
- CCNL dell’Area della Comunicazione
- CCNL dell’Area Tessile Moda
- CCNL dell’Area Meccanica

In qualsiasi momento, con delibera del C.d.A. è possibile implementare ulteriori CCNL.

Il Fondo fornirà agli Iscritti e agli Aventi Diritto Assistenza Sanitaria Integrativa e Socio Sanitaria nel rispetto di quanto prescritto dal D.M. 27 ottobre 2009, Ministero della Salute.

Il presente Regolamento definisce le procedure di attuazione dello Statuto di SAN.ARTI., in materia procedurale.

ART. 3 – PROCEDURE D’ISCRIZIONE

Le Aziende che applicano, implicitamente o esplicitamente uno dei suindicati CCNL dell’Artigianato, in applicazione delle specifiche disposizioni in materia di Assistenza Sanitaria Integrativa, sono tenute: ad aderire al Fondo e ad iscrivere tutti i lavoratori dipendenti, con contratto a tempo indeterminato, ad effettuare, inoltre, il relativo versamento delle quote di contribuzione, a mezzo F24, senza alcuna interruzione. In applicazione specifica ed integrale di ciascun CCNL, saranno iscritte, anche, tutte le figure aggiuntive specificate da detti accordi Categoriali.

E’ altresì consentita l’iscrizione dei dipendenti delle Associazioni, datoriali e sindacali, confederali e categoriali, firmatarie degli accordi costitutivi e dei CCNL di cui all’art.2, delle Organizzazioni a loro collegate, delle loro articolazioni territoriali e/o associative, nonché enti e strutture collaterali. Sono compresi i funzionari in aspettativa non retribuita ai sensi della legge 300/70, purché vi sia un’espressa dichiarazione che certifica l’impegno operativo del soggetto presso l’Organizzazione che assume l’obbligo di contribuzione.

ART. 4 – REGISTRAZIONE DEI CONSULENTI DEL LAVORO E DEI CENTRI SERVIZI.

I Consulenti del Lavoro e i Centri Servizi, che forniscono il servizio di “paghe e contributi” alle Aziende che applicano i CCNL di cui all’articolo 2, possono via web registrarsi e accedere, anche via APP, ad uno spazio informatico privilegiato a loro dedicato ove registreranno l’adesione al Fondo, di tutte le Aziende da loro assistite.

All’atto della registrazione sceglieranno la loro password, a tutela della riservatezza dei dati aziendali comunicati.

Nella registrazione saranno indicati tutti i riferimenti utili a una tempestiva comunicazione e in particolare la persona che, a nome del Consulente o del Centro Servizi, curerà i rapporti con il Fondo.

Per SAN.ARTI. il soggetto incaricato dei rapporti con i Consulenti e Centri Servizi è l'Ufficio Contributi.

Tutte le comunicazioni avverranno via Web.

Il Sistema informatico consente di accedere a tutte le informazioni sulla regolarità contributiva delle Aziende assistite dal Consulente del Lavoro o dal Centro Servizi.

I Consulenti e i Centri servizi saranno tempestivamente informati, con un canale telematico, di eventuali irregolarità contributive che si manifestassero tra le Aziende da loro assistite, in seguito, nel caso di mancato contatto, il Fondo, coinvolgerà l'Azienda interessata.

Il Fondo è tenuto a informare il lavoratore dipendente nel caso di perdita della copertura assistenziale a causa di morosità o ritardi di contribuzione.

ART. 5 ADESIONE DELLE AZIENDE

Le Aziende possono iscriversi, via web, direttamente, scegliendo una propria password, o tramite il soggetto che gli fornisce il servizio di "Paghe e Contributi".

Nello spazio informatico dedicato è presente una scheda che registra i dati principali dell'Azienda e in particolare: la Denominazione, il Codice Fiscale, la matricola INPS, l'indirizzo della sede legale, della sede operativa, le Filiali e delle eventuali sedi distaccate, il CCNL applicato, l'eventuale copresenza di lavoratori dipendenti operanti in diversi settori ed i relativi contratti dell'artigianato applicati.

L'Azienda o il soggetto, che lo assiste professionalmente in materia, sono tenuti ad aggiornare le notizie contenute nella scheda, e in particolare la persona di riferimento.

Le Aziende saranno informate di ogni irregolarità della contribuzione.

Il Fondo è tenuto a informare il lavoratore dipendente nel caso di perdita della copertura assistenziale a causa di morosità, irregolarità o ritardi nella contribuzione.

Il Sistema informatico consente, con una specifica password, di accedere a tutte le informazioni sulla regolarità contributiva.

ART. 6 ISCRIZIONE DEI LAVORATORI DIPENDENTI

Registrata l'adesione dell'Azienda, l'iscrizione dei lavoratori dipendenti, è automatica, con il versamento del primo contributo, che deve essere effettuato tramite l'F24, Codice "ART1", e l'invio all'INPS del relativo file Uniemens. L'INPS, per Convenzione trasmetterà i dati al fondo San.Arti. formalizzando le iscrizioni e la regolarità contributiva.

Le istruzioni concernenti le procedure informatiche relative alla contribuzione al fondo SAN.ARTI. tramite F24, Codice "ART1" e la Compilazione del relativo UNIEMENS sono allegate al presente regolamento e ne costituiscono parte integrante.

Tutti i dati che giungono al Fondo sono "trattati" secondo le modalità ed i limiti previsti dal "Codice di protezione dei dati personali" di cui al D. Lgs. 196/2003, successive modifiche ed integrazioni.

ART. 7 CONTRIBUZIONE

Al fine di garantire il rispetto integrale del Contratto Nazionale di Lavoro e la continuità delle prestazioni di sanità integrativa ai lavoratori dipendenti è inderogabile il versamento della contribuzione prevista dai CCNL di cui all'art. 2 secondo il seguente schema:

7.1 Settore A, per i seguenti contratti:

- **CCNL Area Legno e lapidei**
- **CCNL Area Tessile Moda**
- **CCNL Area Comunicazione**
- **CCNL Area Alimentari e Panificazione**

Sono iscritti tutti i lavoratori assunti a tempo indeterminato compresi gli apprendisti.

La contribuzione dovuta per ciascun lavoratore è di euro 10,42 mensile. Il versamento deve essere effettuato entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento, contestualmente al versamento della corrispondente contribuzione INPS, tramite F24, Codice "ART1" e compilazione dell'Uniemens di riferimento.

7.2 Settore B, per i seguenti contratti:

- **CCNL dell'Area Meccanica**
- **CCNL Area Chimica Ceramica**

- **CCNL Area Acconciatura Estetica e Centri Benessere**

Sono iscritti tutti i lavoratori assunti a tempo indeterminato compresi gli apprendisti ed i lavoratori assunti a tempo determinato con contratto di durata superiore o pari a 12 mesi.

La contribuzione dovuta per ciascun lavoratore è di euro 10,42 mensile. Il versamento deve essere effettuato entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento, contestualmente al versamento della corrispondente contribuzione INPS, tramite F24, Codice "ART1" e compilazione dell'Uniemens di riferimento.

Eventuali contribuzioni stabilite dalla contrattazione, Confederale, nazionale e/o regionale, Categoriale di nazionale o territoriale, saranno regolate con specifica integrazione del presente regolamento, secondo quanto previsto dallo Statuto, tramite eventuali addendi alla Convenzione INPS.

ART. 8 DECORRENZA E CESSAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE

L'obbligo di contribuzione decorre dal mese in corso se l'assunzione avviene il primo giorno del mese, se invece l'assunzione avviene nel corso del mese l'obbligo decorre dal primo giorno del mese successivo.

Nel caso di cessazione o sospensione del rapporto di lavoro, senza copertura salariale, nel corso del mese, l'obbligo di contribuzione prosegue per tutto il mese.

ART. 9 ERRATI O RITARDATI VERSAMENTI, ANOMALIE CONTRIBUTIVE

E' interesse delle Aziende e dei soggetti che ne curano il servizio di "paghe e contributi" un attento e tempestivo monitoraggio della situazione contributiva.

Il sistema informatico del Fondo rileverà ogni eventuale errato versamento o anomalia contributiva.

L'Azienda si assume ogni responsabilità, nei confronti del lavoratore dipendente, per i periodi non coperti da contribuzione.

Nel caso il Consulente o il Centro Servizi rilevassero un errore o un'anomalia nella contribuzione o nella compilazione dell'Uniemens, dovranno tempestivamente contattare, per via telematica, l'Ufficio Contributi del Fondo SAN.ARTI., il quale,

verificata l'anomalia, provvederà ad indicare ed attivare le procedure di autocorrezione dell'errore o dell'anomalia.

A tutela degli operatori, le modifiche inserite saranno, dal Sistema, tracciate ed ogni operazione sarà memorizzata. Gli operatori che effettuano le modifiche sono legalmente responsabili della correttezza delle informazioni inserite.

Nel caso di versamento errato che comporti una restituzione questa potrà avvenire, verificata la regolarità contributiva dell'Azienda, con una compensazione, in costanza di rapporto tra l'Azienda e il Fondo. Se invece il rapporto è cessato la restituzione potrà avvenire solo nel caso in cui l'errore sia segnalato entro 3 mesi e comunque solo nel caso che gli importi non siano già stati utilizzati per il versamento relativo alle coperture assicurative.

Nel caso di versamento errato che comporti, per l'Azienda, un'integrazione contributiva, questa avverrà, dopo la verifica con il Fondo e l'assegnazione di un codice identificativo, a mezzo di bonifico bancario elaborato e fornito dal Sistema Informatico del Fondo, contenente il codice identificativo dell'operazione. Versamenti senza codice identificativo non sanano l'errato versamento.

Per i ritardati versamenti, a far data dal 1 luglio 2013, trascorsi 30 giorni dai termini di cui all'art. 8, sarà applicato un interesse di mora pari al tasso legale maggiorato di due punti.

Nel caso di lavoratore che abbia in essere più rapporti di lavoro parziale, ma a tempo indeterminato, ciascun'Azienda esegue il versamento con le procedure ordinarie previste all'articolo 7.

Il Fondo riceve un doppio contributo ed è quindi tenuto, verificata la regolarità contributiva delle Aziende, a restituire alle Aziende quota parte del versato in eccesso.

Il sistema informatico del Fondo effettua le compensazioni all'inizio di ciascun anno solare, dandone comunicazione all'Azienda e al soggetto che cura il servizio "paghe e contributi", garantendo il diritto alla privacy del lavoratore interessato.

Nel caso un'Azienda avesse consistenti ritardi contributivi è obbligata al versamento per l'intero periodo evaso. Per ragioni tecniche, il Fondo SAN.ARTI. potrà garantire

la copertura assistenziale ai dipendenti, interessati, solo relativamente agli ultimi cinque mesi.

Gli importi giunti in ritardo e non più utili a dare copertura di assistenza sanitaria integrativa, e gli interessi di mora saranno contabilizzati in uno specifico fondo e interamente destinati alle prestazioni.

ART. 10 PRESTAZIONI

Ciascun lavoratore ha diritto ad un pacchetto di prestazioni rapportato alla contribuzione stabilita dai contratti di lavoro. Eventuali differenze di contribuzione producono differenze proporzionali nei pacchetti di prestazioni.

Il lavoratore dipendente ha diritto all'erogazione delle prestazioni di sanità integrativa solo nel caso di regolarità contributiva.

Nel caso di periodi non coperti da contribuzione le prestazioni sono sospese ed il lavoratore tempestivamente informato.

Per ragioni amministrative e organizzative, le prestazioni sono erogate dal primo giorno del settimo mese dall'inizio della contribuzione.

Per garantire l'esatta corrispondenza tra contribuzione versata e copertura di assistenza sanitaria integrativa, il lavoratore dipendente ha diritto a 6 mesi di prestazioni a partire dal mese successivo a quello in cui conclude il suo rapporto di lavoro.

Sono motivo di cessazione dell'erogazione delle prestazioni:

1. Lo scioglimento, la liquidazione o la cessazione del Fondo SAN.ARTI.
2. La cessazione del rapporto di lavoro, salvo i sei mesi di cui al comma precedente.
3. Il decesso del dipendente
4. Mancata o ritardata contribuzione, oltre i tre mesi.
5. Irregolarità o abusi

Le procedure di erogazione e il nomenclatore delle prestazioni sono comunicati, in forma sintetica, a ciascun lavoratore, nei cinque mesi successivi all'iscrizione, per posta ordinaria. Sarà altresì comunicata una password utile ad accedere ai servizi on

line: prenotazioni delle prestazioni, monitoraggio delle prestazioni in corso e rimborsi.

Il Nomenclatore delle Prestazioni è parte integrante del presente regolamento.

Nel sito è possibile scaricare, in forma estesa le procedure di richiesta e prenotazione delle prestazioni, nonché Il Nomenclatore delle prestazioni, e il Regolamento stesso.

OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto **durante l'operatività del contratto** per le spese sostenute dall'Isritto per:

- ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato);
- prestazioni di alta specializzazione (diagnostica e terapia);
- visite specialistiche;
- ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso;
- pacchetto maternità;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- implantologia;
- avulsioni (solo se rese necessarie da prestazioni di implantologia);
- prestazioni diagnostiche particolari;
- sindrome metabolica;
- grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie (elencate);
- piani assistenziali per non autosufficienze;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Isritto può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

PERSONE PER LE QUALI E' OPERANTE LA COPERTURA

Al Fondo aderiscono le imprese ed i datori di lavoro di cui all'Accordo Interconfederale del 21/09/2010 e dei contratti collettivi nazionali di lavoro a favore dei loro lavoratori dipendenti, cui si aggiungono i lavoratori dipendenti delle Associazioni Sindacali, delle Imprese e dei lavoratori, e le loro strutture operative e di servizio, costituenti il Fondo.

Due sono le articolazioni:

- A) ci si riferisce ai lavoratori a tempo indeterminato, degli apprendisti;
- B) ci si riferisce ai lavoratori a tempo indeterminato, agli apprendisti ed ai titolari di contratto a termine della durata di almeno ai 12 mesi.

RICOVERO

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (COME DA ELENCO ALLEGATO)

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **60 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi **durante il periodo di ricovero.**

d) Retta di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero **in istituto di cura non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono **rimborsate** nel limite di **€ 300,00 al giorno.**

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso di ricovero **in Istituto di cura non convenzionato** con la Società, **la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00 al giorno** per un massimo di **30 giorni** per ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (**queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura**), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei **60 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.** Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.**

TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese **previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario"** con i **relativi limiti in essi indicati**, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di:

- accertamenti diagnostici;
- assistenza medica e infermieristica;
- intervento chirurgico;
- cure;
- medicinali;
- rette di degenza.

NEONATI

La Società provvede al pagamento delle spese per i ricoveri con intervento effettuati **nei primi 3 anni di vita del neonato** per la correzione di malformazioni * congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di **€ 10.000,00 (diecimila/zerozero).**

Si precisa che:

- **la garanzia per i Neonati si intende operante per tutti gli interventi chirurgici (non solo quelli ricompresi nell'allegato) effettuati in regime di ricovero e resi necessari per la correzione di malformazioni congenite.**
- **Non sono ricompresi gli interventi effettuati in regime di Day Hospital o in regime ambulatoriale (interventi chirurgici ambulatoriali);**
- **non è prevista l'erogazione della garanzia "indennità sostitutiva";**

- **Le modalità di erogazione delle prestazioni sono quelle riportate al successivo articolo “modalità di erogazione delle prestazioni”.**

MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a1) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**, ad eccezione delle seguenti:

- punto “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:
 - lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto sanitario”;

che vengono rimborsate all’Iscritto nei limiti previsti ai punti indicati,

e delle seguenti:

- “Neonati”;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

a2) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

Qualora, in una struttura convenzionata con la Società venga effettuato un intervento chirurgico da parte di personale non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le stesse modalità previste in caso di ricovero in strutture non convenzionate con la Società (punto b).

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

Qualora l’Iscritto fosse domiciliato in una **provincia priva di strutture sanitarie convenzionate** con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all’Iscritto nel limite di un massimale di **€ 8.000,00** per intervento con l’applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di **€ 2.000,00** per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

- punto “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:
 - lett. d) “Retta di degenza”;
 - lett. e) “Accompagnatore”;
 - lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto “Trasporto sanitario”;
- punto “Neonati”;

che vengono rimborsate all’Iscritto nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l’Iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; **in aggiunta all’importo complessivo dell’Indennità sostitutiva.**

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società”.

INDENNITA’ SOSTITUTIVA

L’Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero (come da elenco allegato) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari) avrà diritto a **un’indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.**

NB: La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l’ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l’ora del ricovero e della dimissione.

MASSIMALE ASSICURATO

La somma annua a disposizione per il complesso delle garanzie di cui al punto "ricovero" corrisponde a € 90.000,00 (novantamila/zerozero) per persona.

ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Diagnostica per immagini

ecografie

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordoppler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

Alta Diagnostica per immagini

Tomografia computerizzata (tc)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (rm)

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

Pet

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

Biopsie

- Tutte

Endoscopie diagnostiche

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

n.b.: nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica

mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assistito.

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono **liquidate direttamente** dalla Società alle strutture medesime **al netto di una somma restante a carico dell'Isritto** pari a:

- **€ 30,00** per ogni ecografia/ecodoppler;
- **€ 20,00** per prestazione/ciclo di terapia per tutte le prestazioni in elenco, diverse da ecografia/ecodoppler.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società **rimborsa** integralmente **i tickets sanitari a carico dell'Isritto**.

La somma annua a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 6.000,00 (seimila/zerozero) per persona**.

VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche **conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche**. Rientra in **garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia**.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale **convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime al netto di un importo restante a carico dell'Isritto pari a **€ 20,00 per ogni visita specialistica**.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la Società **rimborsa** integralmente **i tickets sanitari a carico dell'Isritto**.

La somma annua a disposizione per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 700,00 (settecento/zerozero) per persona**.

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società provvede al **rimborso integrale dei ticket sanitari**:

- per accertamenti diagnostici (non previsti al punto "diagnostica e terapia" (alta specializzazione));
- di pronto soccorso;

a carico dell'Isritto conseguenti a malattia o a infortunio effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale.

La somma annua a disposizione per il complesso delle prestazioni su indicate corrisponde a **€ 500,00 (cinquecento/zerozero) per persona**.

PACCHETTO MATERNITA'

Sono comprese nella garanzia:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio);
- le ecografie;
- le analisi clinico chimiche;
- amniocentesi e villocentesi: **per le donne di età ≥ 35 anni tali prestazioni sono erogabili senza prescrizione mentre per le donne di età <35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.**

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie e di personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono **liquidate direttamente** dalla Società alle strutture medesime senza quote restanti a carico dell'Isritto.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società**, le spese sostenute vengono **rimborsate** senza quote restanti a carico dell'Isritto.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa** integralmente i **tickets sanitari a carico dell'Isritto**.

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 1.000,00 (mille/zerozero) per Iscritta all'anno.

INDENNITA' GIORNALIERA → In occasione del parto, e previa presentazione della relativa cartella clinica, la Società corrisponderà un'indennità di **€ 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.**

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dalla copertura", La Società provvede al pagamento di **una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni vengono erogate, direttamente, nella misura del:

- **100%** per quanto riguarda la **visita specialistica odontoiatrica**;
 - **50%** per quanto riguarda la **seduta di igiene orale professionale** (ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale);
- **Restano invece a carico dell'Isritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Isritto, **il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con la Società**, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei **limiti sopra indicati**.

IMPLANTOLOGIA

Viene prevista una somma annua massima a disposizione di **€ 2.800,00 (duemilaottocento/zerozero)** per prestazioni di implantologia dentale in un anno di copertura.

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società**;
- le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate integralmente e direttamente dalla Società alle strutture medesime;
- ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**

APPLICAZIONE DI TRE O PIU' IMPIANTI

La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti **previsti dal medesimo piano di cura.**

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare la somma annua a disposizione sopra indicata, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.

APPLICAZIONE DI DUE IMPIANTI

Viene previsto un sottolimito annuo massimo a disposizione di **€ 1.000,00 (mille/zerozero)** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi ai 2 impianti.

- **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare la somma annua a disposizione sopra indicata, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.**

Qualora, nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di un impianto", si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato nell'ambito del **sottolimito di € 1.000,00 (mille/zerozero)** previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o liquidato.

APPLICAZIONE DI UN IMPIANTO

Viene previsto un sottolimito annuo massimo a disposizione di **€ 550,00 (cinquecentocinquanta/zerozero)** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi all'impianto.

- **Qualora il costo complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare la somma annua a disposizione sopra indicata, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.**

AVULSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 4 DENTI (solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia)

La garanzia opera nel caso di avulsione **fino ad un massimo di 4 denti l'anno.**

Si specifica che:

- le prestazioni sono erogabili **solo presso le strutture sanitarie e il personale convenzionato con la Società;**
 - le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime **senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto;**
 - Ai fini liquidativi **dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.**
- **Qualora il numero complessivo delle prestazioni ricomprese nel piano di cura dovesse superare il numero sopra indicato, il relativo costo dovrà essere versato direttamente dall'Isritto alla struttura convenzionata.**

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

A - Prevenzione cardiovascolare

Età minima 40 anni donna/uomo salvo specifica indicazione anamnestica certificata dal cardiologo.

Spesa massima autorizzata 150,00 euro per gli iscritti di entrambi i sessi e di ogni età che si sottopongano ai seguenti accertamenti:

a) diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Trigliceridi
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica cardiologia
- Ecg basale e da sforzo

B - Prevenzione delle patologie oncologiche genitali femminili e mammarie

Per donne di età superiore a 50 anni

Spesa massima autorizzata 120,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ematochimica caratterizzata da:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale e Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita ginecologica e pap test
- Esame mammografico **(per questa prestazione è obbligatorio presentare alla struttura sanitaria prescrizione medica indicante alternativamente "check up", "controllo", "screening" in ottemperanza al Decreto attuativo della legge 187/2000)**

C - Prevenzione delle patologie oncologiche prostatiche

Per uomini di età superiore a 50 anni

Spesa massima autorizzata 120,00 euro per i seguenti accertamenti:

a) base comune di diagnostica ed ematochimica basata su:

- Esame emocromocitometrico
- Ves
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Colesterolo totale ed Hdl
- Bilirubina totale e frazionata
- Alt e Ast

b) indagini specifiche:

- Visita specialistica urologia
- Ecografia prostatico vescicale
- Dosaggio Psa

SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'iscritto dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.UniSalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'iscritto l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Nel caso in cui l'iscritto non sia in uno stato di "sindrome metabolica" la Società si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'iscritto si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" la Società fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'iscritto potrà autorizzare la Società a contattarlo (via email e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'iscritto ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

Nel caso in cui l'iscritto si trovi in uno stato di sindrome metabolica "conclamata" un medico della Società comunicherà all'iscritto che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'iscritto attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente copertura, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale.** Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente copertura, all'iscritto verrà fornito un **servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.**

GRAVE INABILITA' DETERMINATA DA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO OPPURE DA GRAVI PATOLOGIE

La Società rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza (come indicati al successivo punto "PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE") per stati di grave inabilità causati da infortunio (sul lavoro) che determina un'invalidità permanente **superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L.)** oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Trapianto cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

→ Si precisa che l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso.

Somma a disposizione UNA TANTUM € 7.000,00 (settemila/zerozero).

PIANI ASSISTENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENZE

Nei casi di grave inabilità determinata da IP da infortunio sul lavoro o da gravi patologie, oltre a quanto fornito, la Compagnia metterà a disposizione la costruzione di **Piani Assistenziali personalizzati socio-assistenziali**, fornendo **il servizio di tariffe agevolate per badanti e altre necessità domiciliari**.

SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia con numero specifico.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

LIMITAZIONI

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

La copertura non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto **salvo quanto previsto al punto "neonati"**.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, **salvo quanto previsto ai punti "prestazioni odontoiatriche particolari" e "Prestazioni di implantologia"**;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Isritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Isritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
7. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; non sono soggetti a questa esclusione coloro che in maniera documentata dimostrino di aver seguito e portato a termine positivamente un percorso di disintossicazione per abuso di alcool o di stupefacenti;
9. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
10. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche o motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;

12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo, o di parti di suoi organi, per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo, o di parti di suoi organi, per condizioni morbose congenite.

LIMITI DI ETÀ

Tenuto conto delle ultime normative in fatto di previdenza, il limite di età, attualmente a 65 anni, deve avere una dinamica che lo rapporti ai termini del pensionamento. Tale limite d'età è comunque incrementato di sei mesi dopo l'interruzione del rapporto di lavoro.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Qualsiasi neoplasia maligna di organo od apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione biptica istologica o citologica. Chiaramente saranno ammissibili anche interventi con diagnosi di malignità accertata istologicamente dopo l'intervento.

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 40
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

UROLOGIA

- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

