NUOVO PIANO ASSISTENZA SANITARIA

PACCHETTO GOLD

OPZIONE GOLD

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici	
Massimale	**€ 4.000,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 20,00
Fecondazione eterologa	
Massimale	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona
Condizioni:	Nessuno scoperto e/o franchigia
Controllo Pediatrico	
Massimale • 1 visita di controllo tra i 6 mesi e 1 anno • 1 visita di controllo a 4 anno • 1 visita di controllo a 6 anni	**illimitato**
Condizioni:	
- Assistenza diretta	franchigia € 36,15
- Assistenza indiretta	Non prevista
Cure termali minori	
Massimale • Cure Inalatorie (una volta all'anno) • Cure Otorinolaringoiatriche:	**illimitato**
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Scoperto 50%
- Assistenza indiretta	Cure inalatorie: massimo rimborsabile € 35,00 per ciclo Cure Otorinolaringoiatrich: massimo rimborsabile € 45,00 per ciclo
Visite di controllo	
Massimale • 1 volta al mese per un solo componente del nucleo • 1 volta all'anno per specializzazione medica	**illimitato**
Condizioni:	
Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Nessuno scoperto / franchigia
Vaccinazione antinfluenzale	
Massimale	**illimitato**
Condizioni:	
Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Nessuno scoperto / franchigia
Immunonutrizione	3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico in base ai protocolli medici
Massimale	**illimitato**
Condizioni:	Nessuno scoperto / franchigia

Monitoraggio domiciliare Remoto del Paziente (RPM service) **Programma 1** La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo
Programma 2 La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo • cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch) • temperatura corporea (ingresso manualmente) • controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)	
Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%	**€ 8.000,00** solo in regime rimborsuale
Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%	**€ 10.000,00** solo in regime rimborsuale
Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente	Solo in strutture sanitarie convenzionate del Network RBM Salute
Massimale	**€ 200,00** al mese – massimo 3 anni
Cellule staminali per patologie oncologiche	
Massimale	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona
Condizioni:	Nessuno scoperto e/o franchigia
Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso) **Servizio di guardia medica permanente** **Second Opinion internazionale** **Servizio Prenotazione taxi** **Gestione dell'appuntamento**	
Indennità di maternità o paternità	**€ 20,00** – massimo 90 giorni
Servizio di Tutoring	
Fisioterapia da infortunio o patologie particolari	
Massimale	**€ 600,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 30,00 per ogni prestazione
Riabilitazione logopedica	
Massimale	**€ 600,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 30,00 per ogni prestazione
Programma di prevenzione diagnostica - prevenzione cardiovascolare; - prevenzione oncologica; - prevenzione della sindrome metabolica.	
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	Non prevista

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti) Massimale	**€ 1.000,00 Anno/Neonato – massimo 3 anni**
Pacchetto Parto Massimale • Indennità per parto • 3 visite psicologiche entro 3 mesi dal parto • Week-end benessere entro 1 anno dal parto Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **illimitato** **€ 80** al giorno – massimo 7 giorni Nessuno scoperto e/o franchigia Non prevista
Prevenzione Herpes Zoster Massimale Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Assistiti di età superiore a 55 anni **illimitato** Franchigia **€ 36,15**
Prevenzione Meningococco A, C, W e Y Massimale Condizioni:	 **€ 50,00** anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia
Prevenzione Posturale Massimale Condizioni:	**Una visita fisiatrica con valutazione posturologica** Assistenza diretta**: illimitato** Assistenza indiretta **€ 50** a pacchetto Nessuno scoperto e/o franchigia
Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni) • Quota associativa per attività sportiva Massimale	1 pacchetto a scelta **€ 100,00**
• Visita sportiva agonistica/non agonistica Massimale Condizioni:	 Assistenza diretta**: illimitato** Assistenza indiretta **€ 50** anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia
• Colonie estive Massimale	 **€ 75,00** anno / persona
Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni Condizioni:	 indennizzo giornaliero di **€ 20,00** a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro – massimo 100 giorni
Stati di Non Autosufficienza Temporanea Massimale	 **€ 400,00** al mese – massimo 6 mesi
Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne Massimale	 Assistenza diretta**: € 5.000,00** anno/persona Assistenza indiretta **non prevista**
Consegna esiti al domicilio **Invio Medicinali al Domicilio**	
Collaboratore familiare	massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane
Spesa a domicilio	

3 Pacchetto Aggiuntivo Gold

Il Pacchetto Aggiuntivo Gold garantisce le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni previste nel Pacchetto Aggiuntivo Silver alle medesime condizioni;
- fisioterapia da infortunio o patologie particolari;
- riabilitazione logopedica;
- programma di prevenzione diagnostica.
- Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di assistiti)
- Pacchetto parto
- Prevenzione Meningococco A, C, W e Y
- Prevenzione Herpes Zoster
- Prevenzione posturale (visita fisiatrica con valutazione posturologica)
- Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni)
- Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni
- Stati di Non Autosufficienza Temporanea
- Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- Consegna esiti al domicilio
- Invio Medicinali al Domicilio
- Collaboratore familiare
- Spesa a domicilio

3.1 Fisioterapia da infortunio o patologie particolari

Pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di:

- infortunio accertato dal Pronto Soccorso;
  particolari patologie quali: ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, neoplasie forme degenerative encefaliche o midollari.
- In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate all'Assistito con un minimo non indennizzabile di € 30,00 per ogni prestazione.
Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 600,00 per persona.

3.2 Riabilitazione logopedica

Pagamento delle spese per i trattamenti di riabilitazione logopedica a seguito di infortunio o di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.
In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate con un valore non indennizzabile di € 30,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o

accertata.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 600,00 per persona.

3.3 Programma di prevenzione diagnostica
Un pacchetto di prevenzione diagnostica a scelta dell'Assistito tra i seguenti:
- prevenzione cardiovascolare;
- prevenzione oncologica;
- prevenzione della sindrome metabolica.
- Check up tiroido
- Check up arterioso
- Prevenzione oftalmologica
- Prevenzione gastroenetrologica

Per il dettaglio delle prestazioni incluse in ogni pacchetto si rimanda all'Allegato 3.
Le prestazioni incluse nei singoli pacchetti diagnostici dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e in strutture sanitarie convenzionate con l'Aggiudicatario (Assistenza Diretta) e verranno liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

3.4 TRISOMIA 21 - Sindrome di down (figli di assistiti)
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.
Si precisa che la presente garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21.
Si precisa che in ragione della natura e della finalità della presente indennità tale importo non è assoggettabile ad imposta ai sensi dell'art. 6, comma 2, del TUIR.

3.5 Pacchetto Parto
La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto:
a) Indennità per parto: In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.
b) Supporto psicologico post parto: Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.
c) Week-end benessere: Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni: visita dietologica, incontro nutrizionista, incontro personal trainer, lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico, trattamento termale. Il massimale è illimitato. La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate del Network RBM Salute senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistita.

3.6 Prevenzione Herpes Zoster
Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso. Il massimale previsto è illimitato.
Tali prestazioni potranno essere somministrate esclusivamente presso i Centri Autorizzati del Network RBM Salute con applicazione di una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad € 36,15.

3.7 Prevenzione Meningococco A, C, W e Y
La presente garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute dal lavoratore per la vaccinazione contro il Meningococco di tipo A, C, W e Y; in caso di estensione della copertura al nucleo familiare, oltre al vaccino del titolare sarà rimborsato anche un ulteriore vaccino effettuato da uno qualsiasi dei componenti del nucleo.
Il massimale è pari ad € 50,00 a persona. Non è prevista quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

3.8 Prevenzione Posturale (visita fisiatrica con valutazione posturologica)
RBM Salute provvederà al pagamento, una volta all'anno e senza applicazione di franchigie o scoperti, di una visita fisiatrica con valutazione posturologica.
In caso di Assistenza Diretta il massimale previsto è illimitato.
In caso di Assistenza Indiretta il massimale previsto è pari a € 50,00 a pacchetto.

3.9 Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni)
Quota associativa per attività sportiva:
La Compagnia provvede al rimborso, senza applicazione di franchigie o scoperti, della quota associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica.
Tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore assicurato, diversa dalla "Visita Sportiva agonistica e non agonistica" e "Colonie estive".
Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 100,00.
Visita sportiva agonistica/non agonistica:
La Compagnia provvede al rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo). In caso di utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network RBM Salute il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.
In caso di Assistenza Indiretta il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 50,00 anno/persona. Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore assicurato.
Colonie estive:
la Compagnia provvede al rimborso ì delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane). Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 75,00 anno/persona. Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore assicurato.

3.10 Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni
La copertura è operante nel caso in cui l'assicurato si assentasse dal lavoro a seguito di una malattia o di un infortunio che comportino un'astensione giustificata dal lavoro superiore a 180 giorni di calendario.
La Compagnia garantisce un indennizzo giornaliero di € 20,00 a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro determinata dalla medesima malattia/infortunio e/o dal medesimo evento, per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per lavoratore assicurato.
La presente copertura si intende operante a patto che il lavoratore risulti regolarmente

assicurato sia all'inizio dell'astensione dal lavoro per malattia o infortunio sia al termine, senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria. La copertura non sarà operante nel caso in cui venga accertata una non autosufficienza consolidata o temporanea già in copertura (§§ "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" e "Stati di non autosufficienza temporanea") oppure a seguito dei seguenti eventi e/o delle seguenti cause:
1. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
2. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
3. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato e le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
4. anoressia o bulimia;
5. patologie neuro-degenerative.

3.11 Stati di Non Autosufficienza Temporanea
La Compagnia garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza. Ai fini dell'operatività della copertura, gli assicurati non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:
1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
a) spostarsi;
b) lavarsi;
c) vestirsi;
d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in stato di non autosufficienza come di seguito definito, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a € 400,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.
Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute (1) non venga giudicato "consolidato" e (2) che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:
a) soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
b) nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
c) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
d) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica

portata abitualmente),
e (3) necessiti temporaneamente ma in modo costante a) o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio b) di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.
Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata. Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti - nelle forme di seguito indicate:
a) erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
b) rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza.

3.12 Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Compagnia rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate col network le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare e di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai giorni di post-ricovero per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).
La Compagnia concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Per gestire il processo la Compagnia si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.
Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.
Il massimale previsto è di € 5.000,00 anno/persona solo in strutture convenzionate con il Network.

3.13. Consegna esiti al domicilio
Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno possa andare per lui, la Centrale Operativa, dopo aver organizzato il recupero presso l'Assistito della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all`Assistito ed al medico da lui indicato.
Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

3.14 Invio Medicinali al Domicilio
Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, RBM Salute, dopo aver organizzato il ritiro della ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

3.15 Collaboratore familiare
Se l'assistito è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare la Centrale Operativa che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane. Per l'attivazione della copertura, l'assistito dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

3.16 Spesa a domicilio
Nei casi di frattura del femore, fratture vertebrali, fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee, fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto, fratture del bacino, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assistito di generi alimentari/prima necessità. Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna. L'Assistito sarà informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

ALLEGATO 3 - Pacchetti di prevenzione diagnostica

Le prestazioni incluse nei pacchetti di prevenzione diagnostica.
includono le seguenti prestazioni:
Prevenzione Sindrome Metabolica

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Prevenzione cardiovascolare

- esame emocromocitometrico completo
- velocità di eritrosedimentazione (VES)
- glicemia
- azotemia (Urea)
- creatininemia
- colesterolo Totale e colesterolo HDL
- alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- apartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- esame delle urine

- omocisteina
- elettrocardiogramma di base
- trigliceridi

Prevenzione oncologica

- esame emocromocitometrico completo
- velocità di eritrosedimentazione (VES)
- glicemia
- azotemia (Urea)
- creatininemia
- colesterolo Totale e colesterolo HDL
- alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- esame delle urine
- omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- ecografia prostatica
- visita ginecologica e PAP-Test
- trigliceridi
- Check up tiroide
- visita endocrinologica
- ecografia tiroidea
- FT3
- FT4
- TSH
- Check up arterioso
- ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- visita cardiologica

Prevenzione oftalmologica

- Valutazione anamnestica
- esame del segmento anteriore ed annessi oculari
- studio del fundus oculi
- tono oculare
- misurazione del visus

Prevenzione gastroenterologica

- emocromo
- GOT
- GPT
- GGT
- glicemia basale
- trigliceridemia
- colosteroliemia totale
- colesterolo hdl,
- colesterolo ldl
- cpk
- pcr
- microalbuminuria
- ricerca del sangue occulto feci
- ecografia addome superiore
- visita gastroenterologica