

NOMENCLATORE PIANO SANITARIO STANDARD

GRUPPO FERROVIE DELLO STATO

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (regime di assistenza diretta e rimborsuale), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso.

GLOSSARIO

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito/i: il/i dipendente/i dell'Associato che usufruirà/anno del presente Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa.

Associato: Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A. in proprio e in nome e per conto delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane (RFI S.p.A., Trenitalia S.p.A., Ferservizi SpA, Italferr S.p.A., FS Sistemi Urbani S.r.l., Italcertifer S.p.A. e Mercitalia Rail S.r.l., Mercitalia Logistics S.p.A., Nugo S.p.A., Crew S.r.l., Fondazione FS Italiane, FSTechnology S.p.A., Trenitalia-Tper S.c.a.r.l) che applicano il C.C.N.L. della Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie e il Contratto Aziendale di Gruppo FS Italiane del 16.12.2016.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa: Cassa Previmed (ex Cassa RBM Salute), via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150; ha finalità assistenziale ed è abilitata a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Day Hospital: la degenza in istituto di cura in regime esclusivamente diurno, con rilascio di apposita cartella clinica/scheda di dimissione contenente tutti gli elementi relativi all'intervento o alle terapie eseguite.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa

patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.

La data evento è la data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.

Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

FS: Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera per ricoveri che non comportano il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- o fuori dall'orario di lavoro
- o in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- o per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale purchè rientrante negli interventi di cui all'Allegato 1 e all'Allegato 2.

Istituto di Cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera. Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie

- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA).

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

Network: rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.fs.cassarbmssalute.it o nell'App mobile

Nucleo familiare: per nucleo familiare si intende, ad eccezione del dipendente che riveste il ruolo di Assistito:

- il coniuge o, in assenza di questo, il convivente *more uxorio*
- i figli risultanti dallo stato di famiglia
- i figli in affidamento all'ex coniuge/convivente purché fiscalmente a carico dell'Assistito principale (dipendente).

In caso di separazione legale, il dipendente potrà chiedere, previa autocertificazione del fatto, che nel nucleo familiare venga ammesso a far parte, in alternativa al coniuge, il convivente *more uxorio*. Si specifica che, ai sensi dell'art. 1 comma 20 della Legge 76/2016 e dell'art. 1, comma 1 del Decreto Legislativo 7/2017, si intende per coniuge anche ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso contratta/costituita in Italia o all'estero.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

RBM Salute: RBM Assicurazione Salute.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Rimborso: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o

infortunio indennizzabili a termine di polizza, eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.

Beneficiari delle Prestazioni

I destinatari del presente Piano Sanitario sono tutti i lavoratori con contratto di lavoro dipendente delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane che applicano il C.C.N.L. della Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie e il Contratto Aziendale del Gruppo FS Italiane del 16.12.2016 (analiticamente indicate in Premessa) **senza esclusione alcuna**. Sono altresì considerati destinatari del presente Piano Sanitario anche i lavoratori dipendenti delle Società controllate e/o collegate al Gruppo FS rientranti nel Piano Sanitario del Gruppo FS.

Si specifica che si intendono inclusi anche i dipendenti impiegati presso sedi dislocate all'estero e per i quali la copertura è garantita almeno in forma di Assistenza Indiretta.

L'adesione del nucleo familiare è su base meramente facoltativa e il relativo contributo è a carico del Dipendente FS in copertura.

Modalità di erogazione delle prestazioni

RBM Salute garantisce le prestazioni sanitarie per il tramite delle strutture sanitarie convenzionate (Assistenza Diretta) o tramite il rimborso delle spese anticipate dall'Assistito (Assistenza Indiretta/Rimborsuale).

Assistenza Diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da RBM Salute, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico.

Qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Sanitario reso disponibile da RBM Salute, ma l'équipe medica non lo fosse (**Assistenza sanitaria mista**), le spese relative alla struttura saranno liquidate direttamente alla stessa, mentre le spese relative ai medici non convenzionati saranno rimborsate all'Assistito. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario per il regime diretto (struttura) e per il regime rimborsuale/indiretto (equipe).

Assistenza Indiretta (Rimborso)

L'Assistito potrà, a sua scelta, avvalersi della procedura di Assistenza Indiretta, anticipando in proprio le spese e richiedendo successivamente - nei limiti previsti dal Piano Sanitario Integrativo sottoscritto - il rimborso ad RBM Salute.

Le richieste di rimborso possono essere presentate entro **tre mesi** dalla data di emissione dei documenti di spesa per i quali si richiede il rimborso.

La richiesta di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico (ove richiesto), nonché dalle copie delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute. Si specifica che la documentazione deve essere intestata all'Assistito.

GARANZIE DEL PIANO SANITARIO STANDARD

Il Piano Sanitario Standard garantisce le seguenti prestazioni:

- A. Grandi Interventi Chirurgici a seguito di malattia o infortunio;
- B. Ricovero per Altri Interventi Chirurgici a seguito di malattia o infortunio;
- C. Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione;
- D. Rimborso Ticket del Servizio Sanitario Nazionale;
- E. Odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro; cure dentarie da infortunio e prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia;
- F. Diagnosi Comparative;
- G. Assistenza Infermieristica Domiciliare;
- H. Tutela della Genitorialità: Prestazioni in Gravidanza;
- I. Tutela della Genitorialità: Prestazioni Diagnostiche e Terapeutiche nel Primo Anno di Vita del Figlio/a;
- J. Sostegno al Reddito per il Personale Inidoneo;
- K. Visita Specialistica;
- L. Garanzie Aggiuntive;

A. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

A fronte di grandi interventi chirurgici, anche concomitanti, specificati nell'Allegato 1 resi necessari a seguito di malattia o infortunio, è previsto il pagamento delle spese sostenute per:

- retta di degenza;
- accompagnamento;
- assistenza infermieristica;
- visite specialistiche e diagnostica intraricovero;
- sala operatoria (anche onorari per chirurgo ed intera equipe medica);
- medicinali;
- materiali e protesi.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse fino ad un massimo di **€ 450.000,00** per evento.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 450.000,00** ad evento con un valore non indennizzabile di massimo **€ 1.500,00** che resta a carico dell'Assistito.

Non concorrono al raggiungimento del valore non indennizzabile la retta di degenza, l'accompagnamento e l'assistenza infermieristica che verranno rimborsate all'Assistito nel rispetto dei seguenti massimali:

- retta di degenza: massimo **€ 250,00** per ogni notte di ricovero;
- accompagnamento: **€ 50,00** per notte per un massimo di 30 notti;
- assistenza infermieristica: **€ 50,00** al giorno per un massimo di 30 giorni.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 450.000,00 per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare un intervento di artroprotesi al ginocchio per un costo complessivo di € 10.000,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 10.000,00.

Assistenza Indiretta (Rimborso) e Assistenza sanitaria mista

Esempio 1 - Prevede il rispetto dei limiti di indennizzo previsti per la retta di degenza, le spese per l'accompagnatore e l'assistenza infermieristica:

Qualora l'Assistito chieda il rimborso per un intervento di artroprotesi al ginocchio per un costo complessivo di € 10.000,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 8.500,00 (franchigia di €

1.500,00 per evento).

Esempio 2 – prestazione erogata in Assistenza sanitaria mista

Nel caso di un intervento di artroprotesi al ginocchio per € 10.000,00, effettuato in una Struttura Convenzionata del Network da équipe medica non convenzionata, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 3.500,00 00 (franchigia di € 1.500,00 per evento) relativi ai costi dell'équipe, mentre liquiderà direttamente alla struttura € 5.000,00.

A.1 Pre e Post Ricovero

A fronte di grandi interventi chirurgici conseguenti a malattia o infortunio, RBM Salute riconosce il rimborso delle spese pre e post-ricovero per un valore massimo annuo di € **2.000,00** per persona.

Si considerano incluse nelle spese di pre-ricovero le spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero.

Si considerano incluse nelle spese di post-ricovero le spese sostenute per 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 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

A.2 Ospedalizzazione Domiciliare

A seguito di ricovero per grandi interventi chirurgici, copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica per un periodo massimo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80%.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € **10.000,00** per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora, a seguito di un intervento di “Artroprotesi al ginocchio” (compreso nell’elenco dei Grandi Interventi Chirurgici), vengano richiesti servizi di ospedalizzazione domiciliare comprensiva di assistenza medica e riabilitativa, a fronte di una spesa complessiva di € 3.500,00 riferite a prestazioni effettuate in regime diretto ed entro i 120 giorni successivi alla dimissione, verranno corrisposti alle strutture € 3.500,00.

Assistenza Indiretta

Qualora, a seguito di un intervento di “Artroprotesi al ginocchio” (compreso nell’elenco dei Grandi Interventi Chirurgici), vengano richiesti servizi di ospedalizzazione domiciliare comprensiva di assistenza medica e riabilitativa, a fronte di una spesa complessiva di € 3.500,00 riferite a prestazioni effettuate in regime indiretto ed entro i 120 giorni successivi alla dimissione, verranno rimborsate € 2.800,00 (in quanto viene applicato sulla spesa complessiva uno scoperto del 20%).

A.3 Diaria Sostitutiva

A fronte di grandi interventi chirurgici, pagamento di un’indennità di **€ 70,00** per ogni giorno di ricovero e per un periodo non superiore a 30 giorni per evento. Tale indennità dovrà essere corrisposta all’Assistito solo qualora egli non richieda alcun rimborso o erogazione né per altra prestazione ad esso connessa (ad esclusione delle spese di pre e post ricovero).

Esempio:

Qualora venga effettuato un intervento di “artroprotesi al ginocchio” presso il Servizio Sanitario Nazionale e qualora non sia richiesto dall’Assistito il rimborso di alcuna spesa legata al solo periodo di degenza RBM Salute riconosce all’Assistito una indennità sostitutiva di € 70,00 al giorno per ogni giorno di ricovero (inteso con degenza che comporti pernottamento in ospedale). Pertanto, per un ricovero che comporti 10 pernottamenti in ospedale sarà riconosciuta un’indennità pari ad € 700,00.

B. Ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia

Pagamento di un indennizzo forfettario a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in Istituto di Cura per gli interventi chirurgici, anche concomitanti, specificati nell’Allegato 2 che si siano resi necessari a seguito di infortunio o di malattia. L’indennizzo viene corrisposto anche in caso di utilizzo del SSN.

In caso di **Assistenza Diretta** le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 100%.

In caso di **Assistenza Indiretta** e di **utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

viene corrisposto da RBM Salute un indennizzo forfettario di € **2.000,00** per evento.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € **10.000,00** per persona.

Esempio:

Assistenza Diretta

Qualora venga effettuato un intervento di “artroscopia al ginocchio” (compreso nell’elenco Altri Interventi Chirurgici) in assistenza diretta presso una clinica privata convenzionata ed un’equipe convenzionata, a fronte di una spesa complessiva di € 5.000,00 complessivi, con struttura convenzionata (costo € 2.500,00) e con medici convenzionati (€ 2.500,00), verranno corrisposti € 5.000,00, in quanto le spese sostenute vengono rimborsate al 100%.

Assistenza Indiretta

Qualora venga effettuato un intervento di “Artroscopia al ginocchio” (compreso nell’elenco Altri Interventi Chirurgici) in assistenza indiretta presso una clinica privata non convenzionata ed un’equipe non convenzionata, a fronte di una spesa complessiva di € 5.000,00 complessivi, con struttura NON convenzionata (costo € 2.500,00) e con medici NON convenzionati (€ 2.500,00), verrà riconosciuto un indennizzo forfettario di € 2.000,00. Tale indennizzo forfettario verrà riconosciuto anche nel caso in cui il ricovero fosse in regime di assistenza SSN.

Assistenza sanitaria mista

Nel caso di un intervento di “Artroscopia” al ginocchio per € 5.000,00, effettuato in una Struttura Convenzionata del Network da équipe medica non convenzionata, RBM Salute rimborsa all’Assistito € 2.000,00 relativi ai costi dell’équipe, mentre liquiderà direttamente alla struttura € 3.000,00 (100% delle spese relative alla Struttura).

C. DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l’estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell’Assistito Principale (Dipendente FS).

RBM Salute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni conseguenti a malattia o infortunio:

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) - anche virtuale;
- Medicina Nucleare (Scintigrafia);
- Angiografia;
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati;
- Radiologia Tradizionale (solo con contrasto);
- Chemioterapia Ambulatoriale;
- Radioterapia Ambulatoriale;
- Diagnostica Neurologica (EEG e /o EMG);

- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 35 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte da RBM Salute è necessario che l'Assistito alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Per le prestazioni di diagnostica e terapie di alta specializzazione opera un limite di spesa annuo di € 450.000,00 per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare un TAC per un costo complessivo di € 400,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 400,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di una TAC pagata € 400,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 365,00 (franchigia di € 35,00 per ogni accertamento).

D. RIMBORSO TICKET DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

RBM Salute riconosce il rimborso integrale dei ticket del Servizio Sanitario Nazionale per prestazioni, comprese le prestazioni odontoiatriche e le visite specialistiche, per prevenzione e controllo e/o conseguenti a malattia o a infortunio, a carico dell'assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi copia del Ticket sanitario.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 300,00 per persona.

Esempi:

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di un ticket SSN di € 150,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 150,00 (limite di spesa annuo di € 300,00 per persona).

E. ODONTOIATRIA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

E.1 Visita Specialistica e Ablazione del Tartaro

RBM Salute garantisce il pagamento delle seguenti prestazioni:

- una visita specialistica odontoiatrica all'anno;
- due sedute all'anno di 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.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di:

- € 100,00 annui in caso di specialistica odontoiatrica;
- € 100,00 per seduta in caso di ablazione del tartaro.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare una visita specialistica odontoiatrica per un costo complessivo di € 90,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 90,00.

E.2 Cure Dentarie da Infortunio

RBM Salute provvede alla liquidazione delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio.

Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleggi alla fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di **utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** vengono rimborsati integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito.

Non è previsto il ricorso alla procedura di Assistenza Indiretta.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € **300,00** per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare prestazioni odontoiatriche da infortunio per un costo complessivo di € 300,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 300,00.

Utilizzo di Strutture del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assistito chieda il rimborso prestazioni odontoiatriche da infortunio effettuate presso il SSN pagate € 300,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 300,00 (ticket rimborsati al 100%).

E.3 Prestazioni Odontoiatriche Effettuate anche a seguito di Malattia

RBM Salute mette a disposizione degli Assistiti del Gruppo FS il servizio di accesso a tariffe agevolate concordate con i centri odontoiatrici e odontoiatri convenzionati – per tutte le prestazioni odontoiatriche, effettuate anche a seguito di malattia.

F. DIAGNOSI COMPARATIVE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Messa a disposizione da parte di RBM Salute della possibilità per gli Assistiti di utilizzare le tariffe mediche scontate – concordate con i centri convenzionati – per avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico.

Tale servizio viene fornito per le seguenti patologie:

- Aids;
- Morbo di Alzheimer;
- Perdita della Vista;
- Patologia neoplastica avente carattere di malignità;
- Coma;
- Malattie Cardiovascolari;
- Perdita dell'udito;
- Insufficienza Renale;
- Perdita della Parola;

- Trapianto di Organo;
- Patologia Neuro Motoria;
- Sclerosi Multipla;
- Paralisi;
- Morbo di Parkinson;
- Infarto interessante qualsiasi organo od apparato;
- Ictus;
- Ustioni Gravi.

G. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

RBM Salute provvede al rimborso delle spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di € **25,00** al giorno per un massimo di 60 giorni per anno di copertura e per persona.

Esempio:

Qualora venga richiesta l'assistenza domiciliare per un periodo di 40 giorni, verranno indennizzati € 1.000,00 (€ 25,00 limite al giorno moltiplicato 40 giorni).

H. TUTELA DELLA GENITORIALITÀ: PRESTAZIONI IN GRAVIDANZA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

RBM Salute provvede al pagamento delle spese sostenute per le seguenti indagini e prestazioni effettuate dall'Assistita durante lo stato di gravidanza:

- amniocentesi (cariotipo su liquido amniotico compreso prelievo);
- anticorpi antifosfolipidici (ricerca);
- cardiotocografia (monitoraggio fetale);
- cariotipo su aborto;
- cariotipo su sangue periferico (mappa cromosomica);
- cromatina sessuale;
- ecocardiografia fetale (non ripetibile nel corso della gravidanza);

- ecocolordoppler fetale;
- ecografia fetale (massimo 4 per l'intero ciclo di gravidanza);
- ecografia morfologica (non ripetibile nel corso della gravidanza);
- estradiolo (E2 o 17 Beta);
- estriolo plasmatico;
- estriolo urinario;
- estrone;
- FISH amniociti in interfase 2 sonde;
- FISH amniociti in interfase 4 sonde;
- FISH con altre sonde;
- flussimetria + ecografia;
- gonadotropina corionica (HCG) urinaria;
- gonadotropina corionica (HCG);
- gonadotropina corionica: subunità beta - frazione libera IRMA;
- gonadotropina corionica: subunità beta plasmatici (BHCG plasmatica);
- preparazione psicofisica al parto - ciclo completo;
- puntura epidurale nel parto;
- ricerca DNA fetale nel sangue materno;
- translucenza nucale - ultrascreen;
- tri-test (esclusa ecografia);
- villocentesi (cariotipo su villi coriali compreso prelievo biotico);
- assistenza dell'ostetrica omnicomprensiva di tutte le prestazioni in gravidanza e puerperio;
- visite ginecologiche/ostetriche effettuate da medico specialista in Ginecologia e Ostetricia (fino ad un massimo di 6 per l'intero periodo di gravidanza).

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate all'Assistita vengono liquidate, a seguito di presentazione del certificato medico comprovante l'attuale stato di gravidanza, direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistita.

In caso di **Assistenza Indiretta** le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 100% per ogni prestazione. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute è necessario che l'Assistita presenti il certificato medico comprovante l'attuale stato di gravidanza unitamente al documento di spesa attestante l'effettuazione delle indagini, il dettaglio delle prestazioni fruite e l'importo pagato.

In ogni caso non è necessario che l'Assistita presenti la prescrizione medica relativa alle prestazioni effettuate.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € **3.500,00 per persona**.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare un'amniocentesi per un costo complessivo di € 300,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 300,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di un'amniocentesi pagata € 400,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 400,00 in quanto è previsto il rimborso al 100%.

I. TUTELA DELLA GENITORIALITÀ: PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE NEL PRIMO ANNO DI VITA DEL FIGLIO/A

Garanzia accessibile per il figlio dell'Assistito Principale (Dipendente FS) indipendente dall'estensione del Piano Sanitario al Nucleo Familiare.

RBM Salute provvede alla liquidazione delle spese sostenute per le visite specialistiche pediatriche o altre visite specialistiche diagnostiche e terapeutiche sostenute nel primo anno di vita del figlio/a dell'Assistito.

In caso di **Assistenza Diretta** le prestazioni erogate al figlio/a dell'Assistito vengono liquidate direttamente da RBM Salute 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 nel limite di € **100,00 per evento**.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € **300,00** per figlio/a.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare una visita pediatrica per un costo complessivo di € 200,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 200,00.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di una visita pediatrica pagata € 200,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 100,00 (importo massimo rimborsabile € 100,00 per evento).

J. SOSTEGNO AL REDDITO PER IL PERSONALE INIDONEO

Garanzia operante per il solo Assistito Principale (Dipendente FS).

Corrispondenza di una somma una tantum ad ogni Assistito che, a seguito di infortunio sul lavoro, malattia professionale o grave patologia (rientrante tra quelle nell'elenco riportato più avanti), sia riconosciuto – a decorrere dal 1 luglio 2020 – inidoneo in via definitiva dalla Direzione Sanità di RFI S.p.A. alle mansioni per cui era stato assunto od a cui era stato successivamente adibito.

Tale indennità dovrà essere di:

- **€ 6.000,00** ad Assistito, per il personale adibito ad attività di sicurezza riconosciuto inidoneo in via definitiva, con certificazione medico-legale di inidoneità definitiva alla attività di sicurezza svolta. Si precisa che per personale adibito ad attività di sicurezza si intendono:
 - i dipendenti del comparto ferroviario, compresi gli addetti all'attività di manutenzione veicoli utilizzati in luoghi non indipendenti dall'esercizio ferroviario
 - i dipendenti adibiti al servizio marittimo di traghettamento ferroviario.
- **€ 1.000,00** ad Assistito, per il personale non adibito ad attività di sicurezza riconosciuto inidoneo in via definitiva, con certificazione medico-legale di inidoneità definitiva al profilo di appartenenza.

Tale indennità sarà riconosciuta qualora l'infortunio sul lavoro, la malattia professionale o la grave patologia sia riconosciuta come causa efficiente e determinante dello stato di inidoneità (cioè come causa che, di per sé, determina il giudizio di inidoneità).

In particolare, sono considerate gravi patologie:

- le patologie indicate all'art. 31, punto 8 del C.C.N.L. Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie, ovvero:
 - ✓ malattie oncologiche;
 - ✓ sclerosi multipla;
 - ✓ distrofia muscolare;
 - ✓ morbo di Cooley.
- le patologie indicate dal Decreto Ministeriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2 agosto 2007 (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 27 settembre 2007, 225), ovvero:
 - ✓ insufficienza cardiaca in IV classe NYHA refrattaria a terapia;
 - ✓ insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica;
 - ✓ perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile;
 - ✓ perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide;
 - ✓ menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni

funzionali analoghe a quelle delle voci b) e/o d) e/o h;

- ✓ epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica;
- ✓ patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati;
- ✓ patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica (come al punto d). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento;
- ✓ patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e dalla vita di relazione;
- ✓ deficit totale della visione;
- ✓ deficit totale dell'udito congenito.

Per ottenere l'indennità, l'Assistito dovrà presentare specifica domanda a RBM Salute corredata della documentazione sanitaria rilasciata dalla Direzione Sanità di RFI S.p.A. e da altri soggetti istituzionalmente deputati all'accertamento della malattia professionale, infortunio sul lavoro o grave patologia. Si specifica che la documentazione rilasciata dalla Direzione Sanità di RFI S.p.A., che dovrà essere esibita dal dipendente e che sarà, quindi, necessaria agli Assistiti ai fini dell'ottenimento del sostegno al reddito, consiste nella certificazione medico-legale di inidoneità definitiva attestante la diagnosi motivo della non idoneità fatta salva l'eventuale necessità di richiesta di ulteriore documentazione ad approfondimento qualora il certificato di inidoneità definitiva non dovesse apparire dirimente ai fini del riconoscimento della sussistenza dei requisiti per il sostegno al reddito.

È data facoltà di RBM Salute di effettuare ulteriori verifiche per confermare la causa prevalente che ha determinato lo status di inidoneità definitiva.

K. VISITA SPECIALISTICA

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

Liquidazione delle spese sostenute per **una visita specialistica annua** per Assistito non solo conseguente a malattia o ad infortunio, ma anche per mero consulto, prevenzione o controllo.

Si considerano escluse le visite pediatriche, le visite specialistiche odontoiatriche ed ortodontiche.

In caso di **Assistenza Diretta** la prestazione erogata all'Assistito viene liquidata direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di **Assistenza Indiretta** la spesa sostenuta viene rimborsata con una franchigia di **€ 20,00**.

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di **€ 100,00** per persona.

Esempi:

Assistenza Diretta

Qualora l'Assistito sia stato autorizzato ad effettuare una visita oculistica per un costo complessivo di € 150,00, RBM Salute liquida direttamente alla struttura sanitaria/medico convenzionato € 100,00 pari al massimale annuo.

Assistenza Indiretta

Qualora l'Assistito chieda il rimborso di una visita ortopedica pagata € 90,00, RBM Salute rimborsa all'Assistito € 70,00 (franchigia di € 20,00 per prestazione).

L. GARANZIE AGGIUNTIVE

Coperture all'estero

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

In caso l'Assistito si trovi all'estero, RBM Salute eroga i seguenti servizi e prestazioni:

- pagamento del viaggio di un familiare all'estero;
- invio di medicinali urgenti all'estero;
- rimpatrio sanitario.

L.1 Viaggio di un familiare all'estero

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

In caso di ricovero dell'Assistito in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni a seguito di malattia o di infortunio, pagamento di un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per un familiare residente in Italia e copertura delle spese di soggiorno nel limite massimo di € **150,00** per evento.

L.2 Invio di medicinali urgenti all'estero

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

In caso di malattia o di infortunio, invio di medicinali irripetibili sul posto (sempreché siano commercializzati in Italia). Si precisa che rimane a carico dell'Assistito il costo di acquisto dei medicinali.

L.3 Rimpatrio sanitario

Garanzia accessibile al Nucleo Familiare solo se l'estensione del Piano Sanitario a favore dello stesso sia stata esercitata da parte dell'Assistito Principale (Dipendente FS).

In caso di malattia o di infortunio, organizzazione e pagamento del trasporto dell'Assistito in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza inclusa, se necessaria, l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio.

Il servizio sarà erogato qualora le condizioni di salute dell'Assistito accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, lo rendano necessario.

I mezzi per il trasferimento saranno quelli che i medici della Centrale Operativa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assistito tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei andrà effettuato esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non verrà fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'assistito di proseguire il viaggio.

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave dell'Assistito o di altri beneficiari (art. 1900 C.C.).

ALLEGATO 1 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Si intendono “Grandi interventi chirurgici” ricompresi nel Piano offerto i seguenti, divisi per aree anatomiche:

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico – neurochirurgia:

- anastomosi vasi intra-extracranici
- asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- biopsia cerebrale per via stereotassica
- cranioplastiche
- craniotomia per ematoma intercerebrale
- craniotomia per ascesso cerebrale
- craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla copertura
- craniotomia per neoplasie
- derivazione ventricolare interna ed esterna
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- emisferectomia
- endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo interventi chirurgici per neoplasie dei nervi periferici
- interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta
- interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- interventi per epilessia focale
- interventi per tumori della base cranica per via trans orale
- interventi sull’ipofisi per via transfenoidale
- laminectomia per tumori intra-durali extramidollari
- laminectomia per tumori intra-midollari del collo
- laminectomia decompressiva ed esplorativa

- malformazioni aneurismatiche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi)
- neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- operazioni per encefalo meningocele
- surrenalectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- terapia chirurgica delle fistole arterovenose:
 - a) aggressione diretta;
 - b) legatura vaso-afferente intra-cranico;
 - c) legatura vaso-afferente extra-cranico
- trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
- trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla copertura
- microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- vagotomia per via toracica

Faccia / bocca / chirurgia maxillo – facciale:

- asportazione della parotide per neoplasie maligne
- condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- correzione di naso a sella
- demolizione dell'osso frontale
- demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- fratture dei mascellari superiori-trattamento chirurgico ed ortopedico
- fratture del condilo e della apofisi coronoide mandibolare-trattamento chirurgico ed ortopedico
- terapia chirurgica delle fratture dello scheletro facciale
- trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento ganglionare

contemporaneo

- interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- parotidectomia con conservazione del facciale
- plastica per paralisi del nervo facciale
- resezione mascellare superiore
- resezione del massiccio facciale e per neodeformazioni maligne
- resezione della mandibola per neoplasia
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- ricostruzione della mandibola con materiale allo-plastico

Collo:

- asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
- interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- svuotamento ghiandolare bilaterale
- svuotamento ghiandolare laterocervicale bilaterale
- tiroidectomia per neoplasie maligne
- resezioni e plastiche tracheali
- faringo-laringo-esofagectomia con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

Esofago:

- collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica
- deconnessioni azygos portalì per via addominale e/o trans toracica per varici esofagee
- esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- interventi per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica postoperatoria
- interventi per diverticolo dell'esofago
- legatura di varici esofagee
- mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico

- miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica
- operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali
- resezione dell'esofago cervicale
- resezione totale esofagea con esofago-plastica in un tempo
- resezione di diverticoli dell'esofago toracico
- esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto-trapianto di ansa intestinale
- esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toracolaparotomica o toracolaparocervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- esofagectomia per via toracoscopica interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica

Torace:

- asportazione del timo
- asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
- asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare
- asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- decorticazione polmonare
- exeresi per tumori delle coste o dello sterno interventi per fistole bronchiali cutanee
- interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- interventi sul mediastino per tumori
- mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- mastectomia radicale con dissezione ascellare
- pleuro pneumectomia
- pneumectomia
- pneumolisi a cielo aperto
- pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco
- resezione bronchiale, con reimpianto
- resezione segmentaria e lobectomia
- toracoplastica parziale e totale
- toracotomia esplorativa

- timectomia per via toracica o toracoscopica
- lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- pleurectomie e pleuropneumonectomie
- lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- resezioni bronchiali con reimpianto
- trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- toracoplastica: I e II tempo

Chirurgia cardiaca:

- asportazione dei tumori endocavitari del cuore
- ablazione trans catetere
- angioplastica coronarica
- by-pass aorto-coronarico con vena
- by-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- commissurotomia
- impianto di arteria mammaria secondo vineberg singolo e doppio
- impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardiaca
- infartectomia in fase acuta
- interventi a cuore aperto
- interventi a cuore chiuso
- interventi per corpi estranei nel cuore o tumori cardiaci
- interventi per malformazioni nel cuore e nei grossi vasi endotoracici
- intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi
- operazione per embolia dell'arteria polmonare
- pericardiectomia
- resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- resezione cardiaca
- sostituzione valvolare con protesi
- sutura del cuore per ferite
- valvuloplastica

Stomaco e duodeno:

- cardiomiectomia extramucosa

- esofago-cardioplastica
- gastrectomia totale
- gastroectomia totale per via toraco-laparotomica
- gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- interventi di riconversione per dumping syndrome
- intervento per mega esofago
- intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- piloroplastica + vagotomia
- reintervento per mega esofago
- resezione gastrica
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post - anastomotica
- sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche

Peritoneo e intestino:

- intervento di asportazione di tumori retro peritoneali
- colectomia segmentaria
- colectomia totale
- emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- enteroanastomosi
- exeresi di tumori retroperitoneali
- laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino - resezione intestinale
- occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- resezione del tenue
- resezione ileo-cecale
- resezione intestinale
- resezione intestinale per via laparoscopica - sutura della lesione

Colon - Retto e Ano:

- amputazione del retto per via addomino-perineale (in più tempi)

- amputazione del retto per via addomino-perineale (in un tempo)
- amputazione del retto per via addomino-perineale
- amputazione del retto per via perianale
- amputazione del retto per via sacrale
- operazione per mega colon
- resezione anteriore del retto
- emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- amputazione del retto per via addomino-perineale
- microchirurgia endoscopica trans anale
- ricostruzione sfinteriale con gracilo-plastica

Fegato e vie biliari:

- anastomosi bilio-digestive
- colecistectomia
- drenaggio biliodigestivo intraepatico
 - epatico e coledocotomia
- epatico-digiuno-duodenostomia
- epatotomia semplice per cisti da echinococco
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- intervento di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- papillotomia per via trans-duodenale
- resezione epatica
- resezioni epatiche maggiori e minori
- resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- anastomosi bilio-digestive
- reinterventi sulle vie biliari

- chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione
 - o anastomosi porto-cava
 - o anastomosi spleno-renale
 - o anastomosi mesenterico-cava
 - b) interventi di devascolarizzazione
 - o legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - o transezione esofagea per via toracica
 - o transezione esofagea per via addominale
 - o deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
 - o transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

Pancreas e milza / surrenale:

- anastomosi mesenterica-cava
- anastomosi porta-cava e spleno-renale
- deconnessione azygos-portale
- duodenocefalo - pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas
- interventi demolitivi del pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
 - a. interventi di necrosi acuta del pancreas
 - b. interventi per cisti e pseudo cisti del pancreas:
 - c) enucleazione delle cisti
 - d) marsupializzazione
 - e) cistovisceroanastomosi
 - c. interventi per fistole pancreatiche
 - d. splenectomia
 - e. derivazioni pancreato-wirsung digestive

Vasi:

- disostruzione by-pass aorta addominale
- interventi di rivascularizzazione extra-anatomici

- interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- interventi per fistola aorto-enterica
- interventi per stenosi dell'arteria renale mesenterica superiore o celiaca
- interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima
- interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- interventi sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- interventi sulle arterie viscerali o renali
- interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- interventi di rivascularizzazione extra-anatomici
- trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- resezione arteriosa con plastica vasale
- trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- trattamento dell'elefantiasi degli arti

Ortopedia e traumatologia:

- artrodesi grandi segmenti
- artrodesi vertebrale per via anteriore
- artroprotesi di anca
- artroprotesi di ginocchio
- artroprotesi di spalla
- artroprotesi di gomito
- disarticolazione interscapolo toracica
- emipelvectomy
- osteosintesi vertebrale
- protesi di femore
- protesi di ginocchio
- protesi di polso
- protesi di spalla e gomito

- protesi di Thompson
- ricostruzione - osteosintesi frattura emibacino
- riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- trattamento cruento dei tumori ossei
- vertebrotomia

Urologia:

- cistectomia totale
- cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- derivazione urinaria con interposizione intestinale
- enterocistoplastica di allargamento
- estrofia vescicale e derivazione
- fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale ileocistoplastica colecistoplastica
- litotripsia extracorporea intervento per estrofia della vescica
- intervento per fistola vescico - intestinale intervento per fistola vescico - rettale
- nefrectomia allargata
- nefrectomia polare
- nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- nefroureterectomia
- nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- nefrolitotripsia percutanea (PVL)
- orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- plastiche per incontinenza femminile
- prostatectomia radicale con linfadenectomia
- resezione renale con clampaggio vascolare
- resezione uretrale e uretrorrafia
- surrenalectomia
- uretero-ileo-anastomosi (o collo bilaterale totale)
- amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

Apparato genitale:

- creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- cura chirurgica di fistola ureterale
- cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- eviscerazione pelvica
- exenteratio pelvica interventi sulle tube in microchirurgia
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- isterectomia per via vaginale
- isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia
- isterectomia per via laparoscopica
- isterectomia totale con annessiectomia per via laparotomica
- isterectomia totale per via laparotomica
- laparotomia per ferite o rotture uterine
- metroplastica
- orchiectomia allargata per tumore
- orchiectomia per tumore
- orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- pannisterectomia radicale per via addominale
- pannisterectomia radicale per via vaginale
- vulvectomy allargata e totale
- vulvectomy allargata con linfadenectomia

Oculistica:

- estrazione di corpo estraneo endo-bulbare non calamitabile
- iridocicloretrazione
- trabeculectomia
- vitrectomia anteriore e posteriore
- trapianto corneale a tutto spessore
- cerchiaggio per distacco di retina

Otorinolaringoiatra:

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- asportazione di tumori parafaringei
- asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- svuotamento funzionale o demolitivo del collo:
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- chirurgia del sacco endolinfatico
- chirurgia della sindrome di meniere
- chirurgia della sordità otosclerotica
- chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- chirurgia endoauricolare della vertigine
- chirurgia trans labirintica della vertigine
- decompressione del nervo facciale
- decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- distruzione del labirinto
- exeresi di neurinoma del VIII nervo cranico
- exeresi di paraganglioma timpano - giugulare
- exeresi fibrangioma rinofaringeo
- interventi per otosclerosi
- laringectomia sopraglottica o subtotale
- laringectomie parziali verticali
- laringectomia e faringolaringectomia totale
- neurinoma dell'ottavo paio dei nervi cranici
- neurectomia vestibolare
- parotidectomia con conservazione del facciale
- petrosectomia

- resezione del nervo petroso superficiale
- resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica

Laringe:

- faringolaringectomia
- interventi per paralisi degli abductori
- laringectomia orizzontale sopra-glottica
- laringectomia parziale verticale
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia totale
- laringofaringectomia
- tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc...)
- tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc...) con svuotamento latero-cervicale
- tumori parafaringei

Trapianti:

- trapianto organi degli apparati:
 - a) circolatorio
 - b) digerente
 - c) respiratorio
 - d) urinario
- trapianto cornea
- trapianti ossei

Si considerano "interventi di alta chirurgica" anche:

- il trapianto e l'espianto di organi
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione, anche in assenza di intervento chirurgico)
- quelli riferiti alle patologie oncologiche maligne:
 - a) esofago, stomaco e duodeno (esclusa la via endoscopica)
 - b) cavo orale, faringe, laringe

- c) pancreas, fegato, reni
- d) inerenti la branca di neurochirurgia
- e) tiroide
- f) paratiroidi
- g) resezione gastrica e/o gastrectomia totale o allargata
- h) colectomia totale
- i) ano e/o retto (esclusa la via endoscopica)
- j) mammella (escluse le protesi)
- k) polmone
- l) chirurgia gastrointestinale per perforazioni.

ALLEGATO 2 - Elenco Altri Interventi Chirurgici

Si intendono “Altri interventi chirurgici” ricompresi nel Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa offerto i seguenti:

- decompressione del tunnel carpale
- tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
- circoncisione, età < 18 anni
- interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
- circoncisione, età > 17 anni
- interventi su ano e stoma senza complicazione o comorbidità (di seguito, CC)
- miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
- biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
- interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
- interventi per ernia, età < 18 anni
- interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
- interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
- interventi primari sull'iride
- interventi perianali e pilonidali
- dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
- aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterectomia
- altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
- interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
- occlusione endoscopica delle tube
- parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
- interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
- interventi sulla bocca senza CC
- artroscopia
- interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
- interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
- miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC

- interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
- altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
- interventi sulla bocca con CC
- interventi sui tessuti molli senza CC
- diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
- interventi sulla retina
- legatura e stripping di vene
- interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
- interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
- miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
- chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
- rinoplastica
- parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
- interventi sul dotto tireoglosso
- interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
- dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne
- interventi su vagina, cervice e vulva
- interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
- altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile
- mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
- interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
- interventi per via transuretrale senza CC
- interventi sul piede
- parto cesareo senza CC
- interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
- appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
- interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
- interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
- riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi

- biopsie del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo
- appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
- lisi di aderenze peritoneali senza CC
- prostatectomia transuretrale senza CC
- interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
- interventi su ano e stoma con CC
- altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
- sialoadenectomia
- sbrigliamento di ferite per traumatismo
- altri interventi sull'apparato digerente senza CC
- interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
- laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
- interventi sul testicolo per neoplasia maligna
- interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
- interventi sulla mano per traumatismo
- mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
- interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
- linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
- sostituzione di pacemaker cardiaco
- interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
- colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
- interventi sulle paratiroidi
- altri interventi sugli organi emopoietici
- revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
- interventi sul pene
- interventi sull'uretra, età < 18 anni
- interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
- prostatectomia senza CC

- parto cesareo con CC
- altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
- interventi per via transuretrale con CC
- interventi minori sulla vescica senza CC
- interventi sulla tiroide
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC
- interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
- interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
- interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC
- prostatectomia transuretrale con CC
- altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
- altri interventi su sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo senza CC
- intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale
- trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
- interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
- altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
- interventi sull'orbita
- interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
- interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
- altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
- prostatectomia con CC
- interventi sui tessuti molli con CC
- interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
- interventi minori sulla vescica con CC
- altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
- interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
- mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
- alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi

- mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
- trapianti di pelle per traumatismo
- interventi vascolari extracranici senza CC
- interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
- linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
- appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
- lisi di aderenze peritoneali con CC
- altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune
- interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
- interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
- interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
- interventi maggiori sul capo e sul collo
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
- interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
- altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
- altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
- splenectomia, età < 18 anni
- interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC
- alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
- interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
- amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
- altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
- amputazioni per malattie del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo
- interventi per obesità
- inserzione di stent carotideo
- altri interventi sull'apparato circolatorio
- intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale

- interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
- eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomy radicale
- procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne
- interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
- interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne
- sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo
- interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
- interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
- altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC
- splenectomia, età > 17 anni
- interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
- altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC
- interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
- resezione rettale senza CC
- interventi sul surrene e sulla ipofisi
- interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
- ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
- amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
- interventi di anastomosi ventricolare senza CC
- artrodesi vertebrale cervicale senza CC
- altri interventi epatobiliari o sul pancreas
- interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi

cardiovascolare maggiore

- interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
- impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
- altri interventi sull'apparato digerente con CC
- intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
- infezioni post operatorie o post traumatiche con intervento chirurgico
- altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
- colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
- interventi maggiori sul torace
- interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
- interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
- interventi vascolari extracranici con CC
- interventi sul midollo spinale senza CC
- interventi su rene e uretere per neoplasia
- sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori

Scheda riassuntiva

PACCHETTO STANDARD

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali- scoperti e franchigie
Grandi interventi chirurgici (allegato 1)	
Massimale	€ 450.000,00 anno/persona
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	Franchigia € 1.500,00
- Assistenza mista	Struttura: Nessuno scoperto e/o franchigia Equipe: franchigia € 1.500,00
retta di degenza	massimo € 250,00 per ogni notte di ricovero – nessuna franchigia
accompagnamento	€ 50,00 per notte - massimo di 30 notti – nessuna franchigia
assistenza infermieristica	€ 50,00 al giorno - massimo di 30 giorni – nessuna franchigia
Pre/post	massimo € 2.000,00 anno/persona
Ospedalizzazione Domiciliare	
Massimale	massimo 120 giorni successivi alla data di dimissioni €10.000,00 anno/persona
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	Scoperto 20%
Diaria	€ 70,00 - massimo 30 giorni per evento
Ricovero (anche in Regime di Day Hospital) per altri interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia (allegato 2)	
- Assistenza diretta	Massimale € 10.000,00 anno/persona nessuno scoperto
- Assistenza indiretta / SSN	indennizzo forfettario di € 2.000,00 per evento
- Assistenza mista	nessuno scoperto Equipe: indennizzo forfettario di € 2.000,00 per evento
Diagnostica e terapie di alta specializzazione	
Massimale	€ 450.000,00 anno/persona
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 35,00
Rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale	
Massimale	€ 300,00 anno/persona
Condizioni:	nessuno scoperto / franchigia
Odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro	
- Assistenza diretta	una visita specialistica odontoiatrica all'anno; due sedute all'anno di ablazione del tartaro Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	€ 100,00 annui in caso di visita specialistica odontoiatrica; € 100,00 per seduta in caso di ablazione del tartaro

Odontoiatria: cure dentarie da infortunio Massimale - Assistenza diretta / ticket - Assistenza indiretta	€ 300,00 anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia Non prevista
Odontoiatria: prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia.	Messa a disposizione di tariffe scontate
Diagnosi comparativa	Messa a disposizione di tariffe mediche scontate per un secondo e qualificato parere per un elenco di patologie.
Assistenza infermieristica domiciliare	Limite € 25,00 al giorno – massimo 60 giorni anno / persona
Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	Elenco specifico € 3.500,00 anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia Nessuno scoperto e/o franchigia
Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	€ 300,00 anno/figlio Nessuno scoperto e/o franchigia Limite € 100,00 per evento
Sostegno al reddito per il personale inidoneo Per il personale addetto ad attività di sicurezza Per il personale non addetto ad attività di sicurezza	Elenco specifico patologie € 6.000,00 una tantum € 1.000,00 una tantum
Visita specialistica annua Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	Una visita annua € 100,00 anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia Franchigia € 20,00 per evento
Accesso al Network a tariffe agevolate	
Viaggio di un familiare all'estero Massimale	€ 150,00 per evento
Invio di medicinali urgenti all'estero Rimpatrio sanitario	