



Autorità per le garanzie nelle comunicazioni
Assistenza sanitaria integrativa

GARA A PROCEDURA RISTRETTA ACCELERATA, IN AMBITO COMUNITARIO, PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI, DA GESTIRE TRAMITE CASSA SANITARIA, PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE, NONCHÉ INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI, RISERVATI AL PERSONALE DELL’AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI.

PROCEDURA DI GARA CIG 6434825991

CAPITOLATO SPECIALE (SCHEMA DI CONTRATTO) ASSISTENZA N. 1 “BASE - DIPENDENTI”

COPERTURA COLLETTIVA PER L’EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO DELL’AUTORITÀ PER LE GARANZIE NELLE COMUNICAZIONI DI RIMBORSI E CONTRIBUTI ECONOMICI IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO



ART. 1

ASPETTI GENERALI

La Cassa di Assistenza (in seguito denominata Cassa) aggiudicataria singolarmente..... [ovvero l'associazione temporanea tra la Cassa di Assistenza e la Compagnia di Assicurazione (in seguito denominata ATI)] aggiudicataria della gara indetta dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni (nel seguito, per brevità, denominata "Autorità" o "Amministrazione") finalizzata alla stipula di una Convenzione concernente il servizio di copertura delle spese sanitarie in favore del personale della Autorità, sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano ad erogare al personale in forza presso l'Autorità (sia dipendenti a tempo indeterminato che a tempo determinato, nonché altri soggetti come individuati dall'Autorità) ed ai rispettivi familiari così come meglio individuati nel successivo art. 2 (nel seguito, per brevità, anche denominati "Assistiti" o "Assicurati") indennizzi, rimborsi di spesa e contributi economici in occasione di spese sanitarie per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme del presente Capitolato speciale, indipendentemente da accertamento medico.

Le garanzie previste dal presente Capitolato speciale si intendono operanti anche in riferimento a situazioni patologiche che siano manifestazione o conseguenza diretta di infortuni e malattie insorte anteriormente all'inserimento degli Assicurati/Assistiti in copertura e coprono, in caso di malattie e infortuni, le spese sostenute riportate nel presente documento.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assistito può rivolgersi, con le modalità pattuite, a:

- a) *Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa;*
- b) *Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa;*
- c) *Servizio Sanitario Nazionale.*

Le modalità di attivazione delle opzioni di cui alle precedenti lettere a), b) e c), sono specificate nelle norme successive che descrivono le singole garanzie/prestazioni.

Tali prestazioni verranno rese per il tramite della citata Cassa, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al Decreto del Ministro del Lavoro del 27 ottobre 2009, idonea ad assumere la contraenza del programma di rimborso.

La Cassa (ovvero la ATI) si obbliga, altresì, a stipulare, rispettivamente per conto dell'Autorità ovvero direttamente con l'Autorità, e gestire, una ulteriore polizza riferita agli infortuni professionali ed extra professionali, i cui termini vengono descritti nell'apposito Capitolato speciale denominato "Infortuni cumulativa professionali ed extraprofessionali"

La durata del servizio è di 36 (trentasei) mesi, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 180 giorni prima di tale scadenza - fermo restando che non è consentito alla Cassa inviare disdetta e/o recesso limitati a una o alcune delle garanzie previste.

Ai sensi dell'art. 57, comma 5, lett. b) del d. lgs. 12 aprile 2006, n. 163 e s.m.i. (nel seguito, per brevità, denominato "Codice dei contratti"), nel corso dell'ultimo anno di validità contrattuale (2018), l'Autorità potrà richiedere la continuazione del servizio stesso per ulteriori 24 (ventiquattro) mesi. In tal caso si terrà conto delle condizioni tecniche ed economiche contenute nel contratto in scadenza, nonché delle eventuali migliori condizioni che l'Autorità intenderà richiedere alla Cassa.

È facoltà e libera scelta dell'Assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dal presente contratto secondo le modalità dell'Assistenza Diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.



Per malattia ed infortunio si intendono, rispettivamente: “ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio” e “ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili”.

ART. 2

ASSISTITI ED OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli, fiscalmente a carico o con reddito annuo inferiore a €2.840,51 (duemilaottocentoquaranta/51), senza pagamento di ulteriori quote.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta dell'Assistito e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli, fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente more uxorio e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito, siano o no a carico dello stesso.

L'inserimento in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti i componenti risultanti dallo stato di famiglia dell'Assistito (purché a loro volta assistibili) nonché figli fiscalmente a carico con reddito annuo inferiore a €2.840,51 (duemilaottocentoquaranta/51); nel caso di inserimento del coniuge o di un figlio non conviventi e fiscalmente non a carico, è obbligatorio l'inserimento anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire.

Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- a) i familiari assistibili che già beneficiano di “analoga assistenza”, da intendersi come altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal proprio datore di lavoro;
- b) il convivente more uxorio e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno dei soggetti in questione comporta l'obbligatorio inserimento di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente.

Tranne coniuge e figli, nessun parente o affine non convivente con il titolare dell'assistenza può essere inserito in assistenza.

Per gli Assistiti diversi da coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono alla presente copertura senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e per tutti gli Assistiti al superamento del 75° anno di età, è fatto obbligo di compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico. Il diritto alle prestazioni, ovvero il mantenimento delle stesse, è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta. Ove venissero successivamente accertate omissioni o dichiarazioni non veritiere, queste renderebbero inattivabile il ricorso alle prestazioni della Cassa e comporterebbero l'esclusione da ogni diritto al rimborso del contributi nel frattempo versati.

L'Assistenza è operante:

- *senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;*
- *indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti;*
- *durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Autorità e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro stesso. In caso di decesso del dipendente, il nucleo già assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza della presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il Contributo, ove ancora dovuto, previsto per quest'ultimo;*



- *dalla data dell'evento (assunzione, nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, rientro da aspettativa, insorgere di convivenza more-uxorio, insorgere di convivenza per il parente ed affine entro il 3° grado, venir meno di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro) purché la comunicazione alla Cassa avvenga entro trenta giorni dall'evento stesso.*

Per gli Assistiti già aderenti alla previgente copertura collettiva, nonché per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 31 dicembre 2015, e per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, convivenza *more uxorio*, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di “analoga assistenza” come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati entro i trenta giorni dall'evento) non è previsto alcun termine di aspettativa.

L'intervento della Cassa in favore dei neoassistiti che non hanno rispettato il termine dei trenta giorni è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni di:

- 270 giorni per il parto;
- 180 giorni per la cura delle malattie croniche, recidivanti, e per la cura delle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

Fermo tutto quanto precedentemente detto in termini di inserimenti, si precisa che le movimentazioni all'interno della polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

La copertura opera anche per gli Assistiti già aderenti alla previgente polizza collettiva che abbiano già fruito di prestazioni relative a situazioni patologiche insorte in vigenza della precedente assicurazione sanitaria.

2.1 Inclusioni

Entro specifici termini da concordare in funzione dell'attivazione del contratto, l'inserimento in copertura/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- assunzione;*
- nascita/adozione/affidamento di un figlio;*
- matrimonio;*
- insorgere di convivenza per il convivente more uxorio o per gli altri parenti ed affini entro il 3° grado;*
- venir meno - per un familiare - di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.*

In questo caso l'inclusione nell'assistenza decorre dalla data dell'evento e dovrà essere effettuata entro il termine dei successivi 40 giorni. Qualora la richiesta di inserimento non pervenga entro tale scadenza, la copertura decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è prevenuta alla Cassa la relativa comunicazione.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio/contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio/contributo annuo per coloro che entrano in copertura/assistenza nel primo semestre assicurativo/assistenziale;
- al 60% del premio/contributo annuo per coloro che entrano in copertura/assistenza nel secondo semestre assicurativo/assistenziale.



2.2 *Esclusioni*

La revoca dalla copertura/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a. *cessazione dal servizio;*
- b. *decesso dell'assicurato/assistito o di un suo familiare;*
- c. *divorzio;*
- d. *venire meno di convivenza per il convivente more uxorio o per gli altri parenti ed affini entro il 3° grado;*
- e. *adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;*
- f. *raggiungimento del limite di età.*

La copertura/assistenza rimane in essere fino alla prima scadenza annuale nella quale si è verificato l'evento e pertanto i contributi restano acquisiti.

2.3 *Variazioni*

Le variazioni di copertura/assistenza possono verificarsi nelle seguenti ulteriori ipotesi:

- a. *nel caso di assunzione a carico di coniuge o figlio. Il premio/contributo è dovuto nella misura risultante dal precedente status familiare fino alla prima scadenza dell'anno nel quale si è verificata l'assunzione a carico. A partire dalla successiva annualità dovrà essere segnalato l'avvenuto inserimento e il familiare interessato;*
- b. *nel caso del venir meno del carico fiscale di coniuge e figlio. In tale caso è fatto obbligo segnalare immediatamente alla Cassa l'evento determinante la perdita del presupposto della copertura assicurativa. È fatta salva la possibilità per il dipendente di mantenere la copertura per il familiare interessato, tramite l'esercizio immediato della relativa opzione e il versamento del premio. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia/assistenza, al momento della perdita del requisito, non potrà essere inserito successivamente;*
- c. *nel caso di insorgenza della convivenza more uxorio, della convivenza con coniuge e figlio non fiscalmente a carico, nonché con altri parenti e affini entro il 3° grado (dimostrabile mediante certificato anagrafico dello stato familiare) potrà essere segnalato alla Cassa il verificarsi dell'evento e contestualmente manifestata l'intenzione di estendere la copertura ai predetti soggetti a partire dall'annualità successiva, dietro il pagamento del relativo premio;*
- d. *nel caso del venir meno della convivenza more uxorio, della convivenza con coniuge e figlio non fiscalmente a carico dovrà essere segnalato alla Cassa il verificarsi dell'evento. È fatto comunque salvo l'obbligo del pagamento del premio nella misura antecedente al verificarsi dell'evento fino alla fine dell'annualità in corso.*

ART. 3

LIMITI DI ASSISTENZA

I contributi economici, oggetto del presente Capitolato, sono erogati fino alla concorrenza della complessiva somma annua di euro 160.000,00 (centosessantamila/00), fermo quanto previsto dal successivo art. 4, ove per limite di assistenza per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2) per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale. Tale somma si intenderà raddoppiata in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'elenco in allegato al presente



Capitolato). Inoltre, qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge n. 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza, come precedentemente definiti, sono riconosciuti per intero.

ART. 4

PRESTAZIONI

4.1 Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura

La Cassa rimborsa le seguenti spese:

4.1.1 in caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o day hospital presso istituto di cura ovvero in regime ambulatoriale:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- c) rette di degenza fino all'importo di euro 260,00 (duecentosessanta/00) giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi, per quelli effettuati in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- d) accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nel 100 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati nel 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nel 180 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a euro 6.000,00 (seimila/00) per evento (sia in regime di convenzione diretta che in regime di non convenzione diretta), con applicazione dello scoperto previsto al successivo par. 4.2 per i ricoveri fuori convenzione.

4.1.2 In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico:

- e) accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- f) rette di degenza fino all'importo di euro 260,00 (duecentosessanta/00) giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta e per i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva);
- g) accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti e nei 60 giorni successivi al ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

4.1.3 In caso di parto fisiologico:



- h) sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- i) rette di degenza fino all'importo di euro 260,00 (duecentosessanta/00) giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a euro 3.000,00 (tremila/00) per evento (sia in regime di convenzione diretta che in regime di non convenzione diretta).

4.1.4 Per il neonato:

- j) retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) anno/nucleo.

4.1.5 Trasporto sanitario:

- k) le spese di trasporto dell'Assistito - in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario di cura, o comunque con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata) - necessarie al trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e/o rientro alla propria abitazione, con un massimo di euro 1.500,00 (millecinquecento/00) per ricovero (sia in Italia che all'estero).

Nei casi in cui nelle località ove sono ubicate le sedi dell'Amministrazione non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con la Cassa, ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate dalla Cassa agli Assistiti le spese per il trasporto ferroviario (andata e ritorno in prima classe) dal luogo di residenza al capoluogo di provincia ove esistono strutture sanitarie convenzionate. Per gli Assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente.

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura non convenzionato richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa dovrà corrispondere - su istanza dell'Assistito - l'importo richiesto a tale titolo nella misura di almeno il 50% (cinquantapercento) della somma, salvo conguaglio a cure ultimate.

4.1.6 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante il ricovero, la Cassa rimborsa direttamente le spese sostenute per il rimpatrio della salma con un massimo di euro 2.000,00 (duemila/00) per anno e per nucleo familiare.

4.2 Scoperti, franchigie e limiti di prestazioni

Il rimborso delle spese di cui al precedente par. 4.1.1 prevede:

- a) per gli interventi (compreso il parto cesareo) non in convenzione diretta con la Cassa:**
 - se effettuati in regime di ricovero, l'applicazione di un limite di euro 260,00 (duecentosessanta/00) giornalieri per la retta di degenza e di uno scoperto di euro 1.300,00 (milletrecento/00), esclusi: (i) i grandi interventi chirurgici (compresi nell'elenco in allegato al presente Capitolato) per i quali non verrà applicato né il limite per la retta di degenza, né alcuno scoperto; (ii) i giorni di degenza in unità coronariche ed assimilate, unità di terapia intensiva e sub intensiva per i quali non verrà applicato il limite per la retta di degenza;
 - se effettuati in regime ambulatoriale o di day-hospital, l'applicazione di uno scoperto di euro 500,00 (cinquecento/00);



- b) per gli interventi in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria che equipe medica), nessun limite per la retta di degenza, né alcuno scoperto anche per le prestazioni antecedenti e successive al ricovero, pur se effettuate non usufruendo della rete convenzionata della Cassa;

Per i ricoveri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi al ricovero, nonché della “differenza di classe” relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti al precedente par. 4.1) non prevedono l’applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui ai precedenti par. 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4, 4.1.5 e 4.1.6 non prevede l’applicazione di alcuno scoperto, fermo restando (fatte salve le previste esclusioni) il limite di euro 260,00 (duecentosessanta/00) per le rette di degenza non in convenzione diretta con la Cassa.

Qualora la degenza abbia luogo presso un centro convenzionato, ma l’assistito si avvalga, per l’intervento, di equipe medico-chirurgica non convenzionata, è comunque attivabile il regime di assistenza diretta per le spese di ricovero con la Struttura Sanitaria Convenzionata con la seguente modalità:

- sulla parte di spesa relativa al ricovero presso la Struttura Convenzionata non verrà applicata alcuna franchigia/scoperto;
- sulla parte di spesa relativa alle prestazioni dell’equipe medico-chirurgica non convenzionata verrà applicato uno scoperto del 20% con il minimo di euro 800,00 (ottocento/00).

Gli interventi oculistici di chirurgia refrattiva e con laser ad eccimeri sono ammessi a rimborso nei soli casi di anisometria superiore a quattro diottrie o di deficit visivo, anche di un solo occhio, pari o superiore a sei diottrie. Il limite di rimborso per tali interventi è pari ad euro 500,00 (cinquecento/00) per occhio e per anno con il limite di euro 1.000,00 (mille/00) per anno e per nucleo.

4.3 Prestazioni extraospedaliere e/o ambulatoriali

La Cassa dovrà rimborsare sia le prestazioni di *alta diagnostica* e di *alta specializzazione*, che le prestazioni *specialistiche* e *accertamenti diagnostici*, come di seguito individuate:

- *alcolizzazione;*
- *amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;*
- *accertamenti endoscopici;*
- *agoaspirato;*
- *angiografia (anche digitale);*
- *angiotac;*
- *angiorisonanza;*
- *arteriografia digitale;*
- *artrografia;*
- *broncografia;*
- *broncoscopia;*
- *cardiotac;*
- *chemioterapia;*
- *cisternografia;*
- *cistografia;*
- *cistouretrografia;*
- *cistoscopia;*
- *clisma opaco;*
- *cobaltoterapia;*
- *colangiografia (anche percutanea e pancreatica retrograda endoscopica);*



- *colecistografia;*
- *colonscopia;*
- *coronarografia;*
- *dacriocistografia;*
- *defecografia;*
- *diagnostica radiologica;*
- *dialisi;*
- *doc*
- *doppler;*
- *duodenoscopia;*
- *ecocardiografia/ecocardiogramma;*
- *ecodoppler;*
- *ecocolordoppler;*
- *ecografia;*
- *elettrocardiografia (normale e da sforzo);*
- *elettroencefalografia;*
- *esami citologici*
- *esami istologici;*
- *esofagoscopia;*
- *flebografia;*
- *fluorangiografia;*
- *galattografia;*
- *gastroscopia;*
- *holter;*
- *isterosalpingografia;*
- *laserterapia;*
- *linfografia;*
- *mammografia (anche digitale);*
- *mielografia;*
- *moc;*
- *pancolonscopia*
- *pet;*
- *radioterapia e radiologia interventistica;*
- *radionefrogramma;*
- *retinografia;*
- *rectosigmoidocolonscopia;*
- *rettoscopia;*
- *rx esofago, anche con mezzo di contrasto;*
- *rx stomaco e duodeno, anche con mezzo di contrasto;*
- *rx tenue e colon, anche con mezzo di contrasto;*
- *risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn);*
- *scialografia;*
- *scintigrafia (anche miocardia normale e da sforzo);*
- *spect;*
- *splenoportografia;*
- *tac (anche virtuale);*
- *telecuore;*
- *urografia.*
- *uroflussometria;*
- *vesciculodeferentografia;*



- villocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto;
- wirsunggrafia.

A puro titolo esemplificativo, e non esaustivo, rientrano nella definizione di *prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici*, anche le ulteriori seguenti tipologie di prestazioni:

- a. *onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;*
- b. *analisi ed esami diagnostici ivi compresi gli onorari dei medici (diversi da quelli previsti nell'elencazione precedente);*
- c. *terapie: terapie radianti, terapia del dolore, fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio: la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson), nonché psicoterapia e logopedia;*
- d. *cure dentarie e parodontarie a seguito di infortunio, effettuate in ambulatorio.*

Fermo tutto quanto riportato al successivo par. 4.5 riferito alle cure oncologiche, tutte le prestazioni sopraelencate e definite di *alta diagnostica o di alta specializzazione*, nonché le prestazioni definite *specialistiche* e gli *accertamenti diagnostici*, dovranno essere rimborsate dalla Cassa con un limite assistenziale complessivo di 6.500,00 (seimilacinquecento/00) euro per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge n. 104/1992, ovvero certificato dalle competenti aziende sanitarie come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata o la patologia che ha reso (o rende) necessaria la prestazione stessa, ovvero - nel caso delle prestazioni di cui alla precedente lettera d) - da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia ed alla fisioterapia, le stesse sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di medici convenzionati con la Cassa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alla struttura convenzionata.

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a medici non convenzionati con la Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione della sola franchigia (minimo non indennizzabile) di euro 50,00 (cinquanta/00) per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia effettivamente sostenuta. Si intende per ciclo di terapia una serie di sedute relative ad una medesima terapia, contenute in un'unica prescrizione medica e presentate alla Cassa con un'unica richiesta di rimborso.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito, senza applicazione di alcuna franchigia.

4.4 *Protesi ortopediche, acustiche ed oculari - ausili per la mobilità personale*

La Cassa dovrà rimborsare:

- a) le spese per l'acquisto e/o riparazioni di protesi ortopediche ed acustiche nel limite annuo di euro 1.500,00 per nucleo familiare
- b) le spese per l'acquisto e/o riparazioni di protesi oculari nel limite annuo di euro 500,00 per nucleo familiare;



- c) l'acquisto di ausili per la mobilità personale, nella misura annua del 50% (cinquantapercento) dell'effettivo costo sostenuto dall'Assistito

Tutte le spese sostenute, debitamente documentate dall'Assistito, vengono rimborsate senza applicazione di franchigie o scoperti.

4.5 Cure oncologiche

Nei casi di patologie oncologiche la Cassa liquida tutte le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o *day - hospital*), nonché visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare, con massimale annuo pari a euro 13.000,00 per nucleo familiare.

Si precisa ulteriormente che si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici, le terapie (anche farmacologiche) e le spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dal precedente par. 4.3) avverrà utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato nel presente paragrafo, ovvero - in caso di esaurimento dello stesso - utilizzando in aggiunta quello indicato nel precedente par. 4.3.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Cassa, le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie od a personale non convenzionato con la Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dello stesso.

4.6 Medicina preventiva

La Cassa dovrà provvedere al rimborso delle spese che il solo Assistito sosterrà per effettuare i seguenti accertamenti diagnostici:

- a) Sesso maschile
- visita cardiologia con ECG;
 - RX torace;
 - accertamento dell'antigene prostatico;
 - ecografia delle vie urinarie.
- b) Sesso femminile
- visita cardiologia con ECG;
 - RX torace;
 - visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia, ed ecografia transvaginale).
- c) Indipendentemente dal sesso
- esame del sangue comprensivo dei seguenti accertamenti: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protombina parziale (PPT), tempo di protrombina (PT), VES;
 - esame delle urine.



Il rimborso delle spese di cui al presente paragrafo, dovrà avvenire entro il limite massimo di euro 300,00 (trecento/00) per anno assistenziale. Si precisa che ciascun esame non potrà essere effettuato più di una volta per anno assistenziale.

4.7 Trattamenti fisioterapici

Il rimborso riguarda le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici (diversi da quelli rientranti nel precedente par. 4.3) prescritti da medico specialista ed eseguiti da persone in possesso dei titoli abilitativi previsti dal Decreto del Ministero della Sanità 27 luglio 2000 pubblicato sulla G.U. n. 190 del 16 agosto 2000 con il limite di euro 1.000,00 (mille/00) anno per nucleo.

Le prestazioni sopra indicate vengono accordate con uno scoperto del 20%.

4.8 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Cassa rimborsa le spese previste ai punti 4.1.1 e 4.1.5 del presente Capitolato con i limiti di assistenza in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Sono compresi nell'obbligo di rimborso anche i trattamenti farmacologici, effettuati durante il pre-ricovero mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

ART. 5

CONDIZIONI GENERALI DELLA POLIZZA

5.1 Effetti della polizza assicurativa

La copertura per i dipendenti e per i familiari, da effettuarsi nella forma del rimborso, avrà effetto dalle ore 00.00 dell'1 gennaio 2016. La copertura in forma diretta sarà effettuata in favore delle strutture convenzionate con la Cassa, dal giorno successivo a quello in cui perverrà alla Cassa il file contenente l'elenco dei dipendenti con i relativi dati anagrafici connessi che verrà inviato dall'Autorità.

Se l'Amministrazione non provvede al pagamento dei contributi o delle rate di contributo successive, l'assicurazione/assistenza resta sospesa dalle ore 24.00 decorrente dal quarantacinquesimo giorno successivo a quello del ricevimento dell'atto contabile emesso dalla Cassa riportante l'elenco delle persone assicurate/assistite e riprende efficacia dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, in deroga all'art. 1901 del codice civile.

I contributi devono essere pagati alla Cassa ad ogni scadenza annuale.

5.2 Durata dell'assicurazione/assistenza

La polizza/assistenza ha una durata pari a 36 (trentasei) mesi e scadrà alle ore 24.00 del 31 dicembre 2018, con facoltà di recesso da ambo le parti dopo il primo biennio mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 180 giorni prima di tale scadenza.

Ai sensi dell'art. 57, comma 5, lett. b) del Codice dei contratti, nel corso dell'ultimo anno di validità contrattuale (2018), l'Autorità potrà richiedere la continuazione del servizio stesso per ulteriori 24 (ventiquattro) mesi. In tal caso si terrà conto delle condizioni tecniche ed economiche contenute nel contratto in scadenza, nonché delle eventuali migliori condizioni che l'Autorità intenderà richiedere alla Cassa.

Non è consentito alla Cassa inviare disdetta e/o recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.



5.3 Modifica delle condizioni di assicurazione/assistenza

Le eventuali modifiche del presente Capitolato debbono essere approvate per iscritto tra le Parti.

5.4 Altre assicurazioni/assistenze

L'Assicurato/assistito non è obbligato a dichiarare alla Cassa l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo restando l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

5.5 Limitazioni

5.5.1 Estensione territoriale

L'assicurazione/assistenza non ha limitazioni territoriali in quanto vale in tutto il mondo.

5.5.2 Esclusioni dall'assicurazione/assistenza

L'assicurazione/assistenza non è operante per:

- *chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico;*
- *interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto dall'art. 4, par. 4.2, ultimo capoverso;*
- *agopuntura non effettuata da medico specialista;*
- *prestazioni fisioterapiche, ove previste, non effettuate da fisioterapista diplomato;*
- *psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;*
- *logopedia se non effettuata da medico specialista o da logopedista iscritto all'Albo;*
- *le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);*
- *la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);*
- *le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;*
- *infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;*
- *gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;*
- *i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato/Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato/Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;*
- *il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;*
- *gli infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dall'Assicurato*



- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate all'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni ed eruzioni vulcaniche;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motociclistiche e alle relative prove di allenamento
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

5.5.3 Limiti di età

L'assicurazione oggetto del presente Capitolato non può essere stipulata o rinnovata al raggiungimento del 75° anno di età, ovvero minore termine in caso di personale cessato per pensionamento, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza/assistenza successiva al compimento di tale età da parte dell'assicurato/assistito.

ART. 6

CRITERI E MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI RIMBORSO

L'Assistito può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta).

6.1 Assistenza Diretta

Il servizio viene attivato con le modalità di seguito riportate

1. Primo contatto telefonico con la Centrale operativa

Per accedere al servizio di assistenza diretta l'Assistito deve telefonare preventivamente alla Centrale operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 5 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza. Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi del contratto, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assistito.

La Centrale operativa è a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie.

In caso di interventi chirurgici l'assistenza diretta può essere attivata anche quando la relativa convenzione sia vigente con l'istituto/casa di cura ma non con il medico scelto dall'assistito. In tal caso, il regime di assistenza diretta e le relative tariffe operano per le prestazioni diverse da quelle dell'intervento chirurgico, anche se connesse con l'intervento stesso, secondo la disciplina di seguito riportata, per quanto applicabile.

2. Adempimenti successivi

Successivamente alla telefonata di primo contatto – e comunque almeno 3 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere (via fax/e.mail) alla Centrale operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta. Ove necessario, l'Assistito viene contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.



3. Risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è, nella fattispecie, operante, la Centrale operativa conferma telefonicamente all'Assistito – non oltre il secondo giorno dalla ricezione della documentazione e comunque inderogabilmente entro il giorno antecedente al ricovero – l'accesso al servizio di pagamento diretto alla Struttura sanitaria e alla équipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se, prima della prestazione, la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà immediata notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione. Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Cassa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo nella forma di rimborso delle spese. La Cassa provvederà ad un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto. Se ex post venga accertato che l'assistito avrebbe avuto titolo all'assistenza diretta, il rimborso verrà corrisposto in base alle condizioni del convenzionamento, totale o parziale.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

4. Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel caso in cui, dopo l'effettuazione della prestazione, si dovesse accertare la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano la inoperatività e/o inefficacia dell'assistenza, tale circostanza dovrà essere comunicata per iscritto all'Assistito, che dovrà restituire, entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione, tutte le somme indebitamente liquidate alla struttura sanitaria. In caso di mancata restituzione delle sopra indicate somme nel termine previsto, la Cassa si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assistito per ottenerne la restituzione.

6.2 Assistenza indiretta a rimborso

In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati, e per le quali quindi l'assistito abbia dovuto anticipare in proprio la spesa, per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente contratto, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere inoltrata alla Cassa che assume la contraenza, corredata dalla documentazione completa e valida, attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica e dalle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in originale.

La Cassa effettua il rimborso dovuto – direttamente all'Assistito anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare – entro il termine di 45 gg di calendario (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente contratto).

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa richiederà all'Assicurato la restituzione - entro e non oltre 45 giorni dalla comunicazione - dell'importo parziale o totale non dovuto.



Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine di 45 giorni, la Cassa riconoscerà per il rimborso stesso valuta non successiva al 45° giorno.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare – entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine – la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separati scoperti – ove previsti – per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano del Cambi.

L'Assistito e i suoi familiari si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della CASSA, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

6.3 Sezione internet dedicata agli Assistiti

La Cassa, altresì, dovrà provvedere a rendere disponibile sul proprio sito internet una apposita sezione - accessibile con apposite e personali password - di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, ove sia disponibile l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché sia possibile inoltrare le suddette richieste di erogazione in modalità *on-line* e richiedere, attraverso una casella di posta elettronica dedicata, chiarimenti ed informazioni.

Il servizio deve garantire la possibilità di ottenere informazioni on-line, tramite apposita parola-chiave, sullo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assicurati di visionare la propria situazione assicurativa completa e l'andamento del proprio eventuale sinistro.



ALLEGATO N. 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tunduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - a) enucleazione delle cisti
 - b) marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.



- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO (*Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico*)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotideica per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.



- Pleuropneumectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO (*Vedi anche otorinolaringoiatria*).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.



- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.
- Artoprotesi anca totale (comprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante).

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.



Oculistica

- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.