

DISCIPLINA DELLE MODALITA' DI ATTRIBUZIONE DELLE
PRESTAZIONI AGLI ISCRITTI DI CUI ALL'ART. 4, COMMA I e II

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1

La "Cassa" rimborsa gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, in dipendenza di eventi patologici qualificati come malattia o come infortunio.

Per malattia si intende ogni alterazione, congenita od acquisita, dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Per infortunio si intende un evento - comprovato da certificazione di Pronto Soccorso - dovuto a causa accidentale, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

La "Cassa" rimborsa altresì gli oneri economici sostenuti dagli iscritti, in Italia od all'estero, connessi a spese mediche mirate alla prevenzione di malattie neoplastiche, del sangue, cardiache e del sistema neurologico centrale.

In presenza di oneri oggetto di rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero di rimborso e/o anticipazione da parte di terzi, la "Cassa" riconosce prestazioni al netto di quanto rimborsato e/o anticipato a titolo definitivo.

Articolo 2

La "Cassa" rimborsa integralmente gli oneri sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, con esclusione di quanto non rimborsabile ai sensi dell'art. 16 ed all'acquisto di farmaci, salvo quanto disposto dall'art. 3.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Articolo 3

In caso di ricovero in istituto di cura per infortunio o malattia (con o senza intervento chirurgico), o di intervento chirurgico ambulatoriale (ad esclusione di quelli direttamente connessi alle cure dentarie di cui all'art. 10 alinea 3), la "Cassa" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 4, i seguenti oneri:

- 1) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria o per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici, le endoprotesi e le protesi dentarie se conseguenti ad infortunio od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice);
- 2) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- 3) spese per assistenza medica, cure, medicazioni, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento ambulatoriale e nei 90 giorni successivi al termine del ricovero od alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché siano rese indispensabili dall'evento considerato.

In caso di ricovero in istituto di cura in day hospital non comportante intervento chirurgico e comunque non connesso a ciclo di cure od ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice, sono rimborsati esclusivamente gli oneri inerenti le spese effettivamente sostenute durante il periodo di degenza di cui ai punti 1) e 2) del comma che precede. In caso di ricovero in istituto di cura connesso ad interventi di cui all'art. 10 alinea 3, sono rimborsati esclusivamente gli oneri relativi a rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) e ai diritti di sala operatoria.

Sono equiparati ad intervento chirurgico i seguenti trattamenti:

- AGOBIOPSIE E BIOPSIE CHIRURGICHE (escluse in corso di accertamenti endoscopici);
- ANGIOPLASTICA;
- CORONAROGRAFIA;
- DRENAGGI DELLE VIE BILIARI;
- ENDOSCOPIE OPERATIVE;
- LAPAROSCOPIE DIAGNOSTICHE;
- LITOTRIPSIE AD ESCLUSIONE DI QUELLE OSTEO-ARTICOLARI;
- POSIZIONAMENTO E RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO O SIMILARE;
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA.

In caso di ricovero in istituto di cura per parto od aborto, ovvero in caso di parto domiciliare assistito, la "Cassa" rimborsa sino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 4, i seguenti oneri:

- a) spese per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria o per materiale di intervento;
- b) spese per rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente), nonché spese per assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici (ivi compresi gli onorari medici) sostenute durante il periodo di ricovero o degenza, semprechè siano rese indispensabili dall'evento considerato;
- c) spese per l'assistenza al neonato durante la degenza.

Articolo 4

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 3 sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 150.000 per nucleo familiare.

Il massimale indicato al comma che precede e' raddoppiato esclusivamente per i Grandi Interventi Chirurgici ricompresi nell'elenco posto in calce alla presente Appendice.

Fermi restando i massimali previsti ai commi I e II, le spese relative agli eventi sottoindicati sono rimborsati con i seguenti limiti:

- in caso di intervento ambulatoriale € 7.000 per evento;
- in caso di parto cesareo o aborto € 7.800 per evento;
- in caso di parto non cesareo € 3.500 per evento.

In caso di ricovero non connesso ad intervento chirurgico di durata inferiore a 5 giorni (4 notti), il rimborso avviene con applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 468.

La franchigia di cui al comma precedente non si applica in caso di ricoveri connessi a gravidanza, parto, dialisi, diabete.

Per i beneficiari di età superiore a 65 anni i rimborsi relativi all'art. 3 sono effettuati previa detrazione della franchigia del 15% prevista all'art. 15, con un massimo a carico dell'iscritto comunque non superiore a € 5.200. Sulle sole spese effettivamente sostenute durante la degenza, tale franchigia non può essere complessivamente inferiore a € 936 per i ricoveri con intervento chirurgico e a € 1.872 per i ricoveri senza intervento chirurgico.

Articolo 5

In caso di ricovero a termini dell'art. 3, fermi restando i massimali previsti dall'art. 4, commi I e II, sono rimborsati all'iscritto anche gli oneri di seguito indicati:

- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilita' ospedaliera, per un accompagnatore dell'assistito, con il limite giornaliero di € 100 e con un massimo per anno e per nucleo familiare di 20 giorni, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice;
- spese per trasporto dell'assistito, se non a carico del Servizio Sanitario Nazionale:
 - . in ospedale o casa di cura (sia in Italia che all'estero), con autoambulanza, eliambulanza e similari, per motivi di urgenza;
 - . da ospedale o casa di cura al domicilio, unicamente per i pazienti trasportabili solo con mezzi sanitariamente attrezzati;con il limite massimo di € 1.500 per anno e per nucleo familiare;
- spese per assistenza infermieristica domiciliare nei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento ambulatoriale, fino alla concorrenza dell'importo di € 52 giornaliero e per un massimo per evento di 90 giorni, raddoppiati, anche oltre il limite dei 90 giorni precedenti e successivi al ricovero od all'intervento ambulatoriale, in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice.

Articolo 6

In caso di ricovero in istituto di cura, anche in day hospital, per eventi diversi da quelli previsti dai successivi artt. 12, 13 e 16, che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa" – fatta salva l'integrale erogazione degli oneri di cui all'art. 5, delle spese per assistenza infermieristica sostenute durante la degenza e delle spese di cui all'art. 3, comma I sub 3) - è corrisposta all'iscritto una indennita' di € 80 per ogni giorno intero di durata del ricovero compreso il giorno di ingresso, con un massimo per ciascun beneficiario e per ciascun evento di 90 giorni all'anno, raddoppiati in caso di Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice.

In caso di ricovero, anche in day hospital, per eventi di cui ai successivi artt. 12 e 13, che non comporti, per tale periodo, effettuazione di rimborsi da parte della "Cassa", è corrisposta all'iscritto una indennità di € 80 per ogni giorno intero di durata del ricovero, compreso il giorno di ingresso, sino a concorrenza dei massimali annui per nucleo familiare stabiliti nei citati articoli.

In caso di parto non cesareo l'indennità prevista dal comma I è erogata per l'importo minimo di € 500.

In caso di parto l'indennita' prevista dal comma I compete al neonato solamente qualora la permanenza di quest'ultimo in istituto di cura sia dovuta a suo stato di malattia.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Articolo 7

Sono rimborsate le spese per:

- ANGIOGRAFIA (comprende ARTERIOGRAFIA);
- CHEMIOTERAPIA;
- DIALISI;
- DOPPLER/ECODOPPLER;
- ELETTROENCEFALOGRAMMA;
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA (comprende quella a FIBRE OTTICHE);
- HOLTER;
- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- RADIOTERAPIA (comprende COBALTOTERAPIA);
- RICERCHE GENETICHE PER MALFORMAZIONI FETALI (AMNIOCENTESI, PRELIEVO VILLI CORIALI, ecc.);
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN);
- SCINTIGRAFIA;
- TAC;
- TERAPIA INTERFERONICA.

I rimborsi di cui al presente articolo sono accordati fino a concorrenza del 10% dei massimali annui per nucleo familiare previsti dall'art. 4, commi I e II, con applicazione di una quota a carico dell'iscritto nella misura del 20% delle spese effettivamente sostenute e documentate. Tale limitazione non si applica alle spese per dialisi.

Articolo 8

In caso di fruizione di prestazioni specialistiche, ambulatoriali e domiciliari, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza del massimale indicato al successivo art. 9, i seguenti oneri:

- spese per onorari medici per visite e prestazioni specialistiche;
- spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- spese per analisi ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici);
- spese per onorari medici, analisi ed esami diagnostici, necessari dal momento dell'accertamento della gravidanza sino al relativo ricovero e nei 90 giorni successivi al termine dello stesso;
- spese per cure dentarie e paradontopatie, rese necessarie da infortunio, effettuate ambulatorialmente.

Articolo 9

Gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 8 sono rimborsati sino a concorrenza del massimale annuo di € 2.000 per nucleo familiare.

Fermo restando il massimale di cui al comma precedente, le spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsabili con il limite di € 780 annuo per nucleo familiare.

I rimborsi sono riconosciuti con una quota del 30% della spesa sostenuta a carico dell'iscritto.

Articolo 10

In caso di necessita' di protesi anatomiche ed apparecchi sanitari ausiliari e correttivi, ovvero in caso di necessita' di cure dentarie non rese necessarie da infortunio, sono rimborsati all'iscritto, fino a concorrenza dei massimali indicati al successivo art. 11, i seguenti oneri:

- spese per protesi auditive;
- spese per mezzi correttivi oculistici (anche a contatto) ivi compresa la montatura, con esclusione delle spese per impiego di materiale prezioso nonché per interventi per la correzione della miopia, dell'astigmatismo, dell'astigmatismo miopico, della presbiopia e dell'ipermetropia;
- spese per visite, cure anche di natura preventiva, esami, estrazioni, protesi dentarie (ivi comprese quelle ortodontiche ed implantologiche) nonché per chirurgia orale direttamente connessa a cure dentarie non conseguenti ad infortunio;
- spese per protesi ortopediche e oculistiche, da malattia, da malformazione congenita o da infortunio e spese per apparecchi ausiliari correttivi e terapeutici resi necessari da perdite o menomazioni anatomiche invalidanti.

Articolo 11

Sono rimborsati gli oneri sostenuti in relazione agli eventi di cui all'art. 10 sino a concorrenza dei seguenti massimali per nucleo familiare:

- 1) spese per protesi auditive: massimale annuo di € 2.000;
- 2) spese per mezzi correttivi oculistici nonché per gli interventi di cui all'art. 10, comma 1, alinea 2: massimale annuo di € 450 con una quota pari al 30%, con un minimo di € 52 per evento, a carico dell'iscritto;

- 3) spese per cure dentarie: massimale annuo di € 1700, con una quota pari al 30%, con un minimo di € 104 per evento, a carico dell'iscritto;
- 4) spese per protesi e apparecchi ausiliari, di cui al quarto alinea dell' art. 10 massimale annuo di € 3.000.

Articolo 12

In caso di necessita' di assistenza - anche comportante ricovero in istituto di cura - per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonche' ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta.

Articolo 13

In caso di necessità di interventi psicoterapeutici o psicoanalitici, ovvero conseguenti a malattie di carattere psicosomatico, anche comportanti ricovero in istituto di cura, sono rimborsati i relativi oneri sino a concorrenza del massimale annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

A carico dell'iscritto rimane una quota pari al 30% della spesa sostenuta, con un minimo di € 21 per ogni visita.

NORME FINALI ED ESCLUSIONI

Articolo 14

Le spese di cui all'artt. 3 e 5 – con esclusione di quelle relative a ricoveri in istituto di cura con intervento chirurgico, anche in regime di day hospital, nonché ad interventi chirurgici ambulatoriali, entrambi effettuati in forma totalmente convenzionata - sono liquidate nella misura del 75% della somma spettante ed entro un massimo del 75% dei massimali e dei limiti previsti ai medesimi articoli. La liquidazione della residua quota non immediatamente erogata ha luogo entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio della gestione di pertinenza, con priorità di erogazione rispetto alle altre prestazioni contemplate dalla presente Appendice. Ove non consegua l'integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene – in misura proporzionale – con eventuale utilizzo di una porzione non superiore al 10% del patrimonio della gestione di pertinenza esistente al 1° gennaio dell'anno considerato, al netto degli eventuali accantonamenti deliberati dai competenti Organi della "Cassa", fatto salvo quanto previsto all'art. 23, comma II, alinea 5.

Le spese di cui agli artt. 7, 8, 10, 12 e 13 sono liquidate nella misura dell'80% della somma spettante ed entro un massimo dell'80% dei massimali e dei limiti previsti ai medesimi articoli. La liquidazione della residua quota non immediatamente erogata ha luogo entro il 30 giugno dell'anno successivo a seguito dell'approvazione del bilancio e sulla base del risultato di esercizio della gestione di pertinenza. Ove non consegua l'integrale liquidazione della quota residua, il rimborso avviene – in misura proporzionale – con eventuale utilizzo di una porzione non superiore al 10% del patrimonio della gestione di pertinenza esistente al 1° gennaio dell'anno considerato, al netto degli eventuali accantonamenti deliberati dai competenti Organi della "Cassa".

La quota non immediatamente erogata riferita a spese connesse ad eventi di cui all'art. 3 non può comunque superare l'importo di € 7.800.

Sono escluse dall'applicazione di qualsiasi franchigia e dalle disposizioni contemplate dal comma I e II le spese connesse ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice. Sono parimenti escluse le quote di partecipazione alla spesa del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché quanto previsto dall'art. 6.

Articolo 15

Per gli iscritti di età superiore a 65 anni gli oneri sostenuti per le prestazioni di cui alla presente Appendice, ad eccezione di quelli sostenuti per il pagamento delle quote di partecipazione alle spese del Servizio Sanitario Nazionale (ticket), ivi compresi gli equivalenti importi privatistici riferiti ad analisi ed accertamenti diagnostici, nonché di quanto previsto all'art. 6, sono liquidati previa detrazione della franchigia percentuale sulle spese effettivamente sostenute e documentate, aggiuntiva di ogni altra riduzione di rimborso, nella misura del 15%.

L'età di riferimento per l'applicazione delle franchigie contemplate dal comma che precede è quella della data dell'evento.

Articolo 16

Non sono rimborsate spese sostenute né sono corrisposte le indennità di cui all'art. 6 della presente Appendice per:

- cure o applicazioni o chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del terzo anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o conseguenti ai Grandi Eventi Patologici di cui all'elenco in calce alla presente Appendice, anche oltre il termine di cui all'art. 3, comma I, n. 3);
- agopuntura, ove non praticata da medico iscritto all'ordine professionale;
- cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico); di proprie azioni delittuose; dell'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore, in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; della partecipazione, a titolo professionale e comunque non dilettantistico, a competizioni sportive, comprese le relative prove;
- cura di malattie mentali nei casi in cui diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- cure termali;
- medicinali (ad eccezione di quanto previsto all'art. 3).

RIMBORSI

Articolo 17

Le prestazioni sono liquidate dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate, in caso di ricovero, dalla cartella clinica.

La documentazione deve essere intestata all'iscritto o ad un suo familiare; il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'iscritto.

La documentazione ricevuta è restituita all'iscritto, previa stampigliatura dell'avvenuta presentazione al rimborso.

Articolo 18

A fini di rimborso ogni prestazione deve essere prescritta e certificata da un medico, con l'indicazione della patologia sofferta o presunta e deve essere effettuata da medico o presso struttura clinica, fatta eccezione per le spese infermieristiche ed ostetriche, per quelle fisioterapiche e rieducative, nonché per le psicoterapie effettuate da psicologi iscritti all'albo.

L'indicazione della patologia non è richiesta relativamente agli oneri di cui all'art. 10, comma I alinea 2, per i quali è sufficiente la prescrizione medica con l'indicazione del visus, e di cui all'art. 10 comma I alinea 3, per i quali è sufficiente il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite; non è richiesta inoltre in caso di certificazione di gravidanza e di visite ed esami preventivi di cui all'art. 1, di prestazioni erogate presso strutture pubbliche, nonché in presenza di specifica prescrizione del Servizio Sanitario Nazionale e delle prestazioni specialistiche di cui all'art. 7.

Articolo 19

Gli oneri economici sostenuti dagli iscritti sono rimborsati ogni qual volta raggiungano, in somma, almeno l'importo di € 30 ovvero, ove non si pervenga a tale cifra, a seguito di istanza avanzabile dal mese di ottobre dell'anno di competenza.

La documentazione di cui all'art. 17, comma I, con data dell'anno di competenza deve essere presentata al rimborso inderogabilmente entro il termine ultimo di pervenimento del 31 marzo dell'anno successivo ed è liquidata con le seguenti modalità:

- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati entro il termine di pervenimento del 31 dicembre del medesimo anno sono liquidati a valere sul computo dei massimali dell'anno di competenza con applicazione della normativa in allora vigente;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza presentati successivamente al predetto termine di pervenimento del 31 dicembre ed entro il 31 marzo dell'anno successivo sono liquidati – per la quota di disponibilità residuale a concorrenza del massimo dell'80% dei massimali dell'anno di competenza – a valere sul computo e nell'ambito dei massimali dell'anno successivo con le modalità di cui all'art. 14 della presente Appendice;
- i giustificativi di spesa con data dell'anno di competenza respinti in quanto irregolari sono ammessi alla liquidazione ad avvenuto perfezionamento se pervenuti entro il termine ultimo di pervenimento del 30 giugno dell'anno successivo e con le medesime modalità previste dagli alinea precedenti.

La documentazione prodotta oltre il termine ultimo di pervenimento fissato dal comma precedente non comporta rimborsi.

Articolo 20

I rimborsi della "Cassa" sono effettuati a far tempo dal 1° gennaio 2002, in Euro. Ove i rimborsi riguardino prestazioni sanitarie intervenute in Paesi con valuta diversa dall'Euro e' applicato il cambio previsto per il Personale della "Banca" del giorno in cui e' stato effettuato il pagamento della prestazione oggetto di rimborso.

ELENCO GRANDI EVENTI PATOLOGICI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Ablazione transcateretere

Angioplastica coronarica vasi multipli con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

Angioplastica coronarica vaso singolo con o senza trombolisi comprensiva dell'eventuale stand-by cardiocirurgico ed eventuale applicazione di stents

CARDIOCHIRURGIA

Bypass aorto coronarico multipli compresa eventuale coronarografia completa (C.E.C.)

Bypass aorto coronarico singolo compresa eventuale coronarografia completa (C.E.C.)

Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta o neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)

Commisurotomia per stenosi mitralica

Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per

Pericardiectomia totale

Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)

Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarici (C.E.C.)

Valvuloplastica cardiocirurgica

CHIRURGIA GENERALE

- COLLO

Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale

Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale

- **ESOFAGO**
 Deconnessione azygos-portale per via addominale
 Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per
 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
 Esofago, resezione parziale dell' , con esofagostomia
 Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
 Fistola esofago-tracheale, intervento per
 Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica

- **STOMACO, DUODENO, INTESTINO TENUE**
 Dumping syndrome, interventi di riconversione per
 Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)
 Gastrectomia parziale (compresa eventuale linfadenectomia)
 Gastrectomia totale con linfadenectomia
 Intestino, resezione dell' (comprese eventuali stomie)
 Megacolon, intervento per

- **COLON, RETTO**
 Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia
 Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
 Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
 Emicolectomia destra con linfadenectomie
 Emicolectomia sinistra con linfadenectomie ed eventuale colostomia (hartmann ed altre)
 Incontinenza anale, intervento per
 Procto-colectomia totale con pouch ileale
 Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia

- **PERITONEO**
 Tumore retroperitoneale, exeresi di

- **FEGATO E VIE BILIARI**
 Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
 Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
 Deconnessione azygos-portale per via addominale
 Resezioni epatiche maggiori
 Resezioni epatiche minori
 Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale
 Vie biliari, reinterventi

- **PANCREAS**
 Derivazioni pancreatico-Wirsung digestive
 Duodeno cefalo pancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia
 Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
 Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale
Fratture dei mascellari terapia chirurgica di
Malformazioni dento-maxillo-facciali della mandibola e della mascella (progenismo, microgenia, prognatismo, micrognatia, laterodeviazioni mandibolari, etc.), compresa mentoplastica sul mascellare superiore o sulla mandibola (trattamento completo)
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del
Ricostruzione con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari

CHIRURGIA PEDIATRICA

Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale
Atresia dell'ano: operazione perineale
Atresie vie biliari, esplorazioni
Ernia diaframmatica di Bochdalek
Ernia diaframmatica di Morgagni
Esofago (trattamento completo), atresia o fistole congenite dell'
Megacolon, intervento per
Ureterocistoneostomia bilaterale
Ureterocistoneostomia monolaterale

CHIRURGIA TORACO-POLMONARE

Bilobectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
Fistole esofago-bronchiali, interventi di
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
Neoplasie maligne coste e/o sterno (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Neoplasie maligne della trachea (compresa plastica ed eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Pleuropneumectomia (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Pneumectomia, intervento di (compresa eventuale linfadenectomia e/o biopsia)
Resezione bronchiale con reimpianto
Resezione segmentaria o lobectomia, (comprese eventuali linfadenectomie)
Resezioni segmentarie atipiche (comprese eventuali linfadenectomie)
Timectomia
Toracoplastica, primo tempo
Toracoplastica, secondo tempo

CHIRURGIA VASCOLARE

Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
Aneurismi arterie distali degli arti, resezione e/o trapianto
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale
Elefantiasi degli arti
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca
Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

GINECOLOGIA

Eviscerazione pelvica
Fistole ureterovaginali, intervento per (qualsiasi tecnica)
Fistole vescicovaginali o rettovaginali, intervento per
Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o laparotomica o per via vaginale, intervento di
Laparotomia per ferite e rotture dell'utero
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

NEUROCHIRURGIA

Adenoma ipofisario, intervento per via transfenoidale
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
Cranioplastica
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
Epilessia focale, intervento per
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
Laminectomia per tumori intramidollari
Malformazione aneurismatica intracranica (aneurismi saccolari, aneurismi carotidei, altri aneurismi)
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
Stereotassi, intervento di
Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
Tumori della base cranica, intervento per via transorale
Tumori orbitari, intervento per

OCULISTICA

Iridocicloretrazione
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi
Trabeculectomia
Trapianto corneale a tutto spessore
Vitrectomia anteriore o posteriore

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Artrodesi vertebrale per via anteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore
Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
Artrodesi: grandi articolazioni
Artroprotesi spalla, totale
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito in un tempo successivo al primo ricovero
Artroprotesi totale d'anca (trattamento completo): intervento per rimozione e riposizionamento eseguito nello stesso ricovero in cui è stato eseguito il primo intervento, comprensivo dell'intervento principale di artroprotesi d'anca totale (ovvero non si sommano)
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
Artroprotesi: ginocchio
Disarticolazione interscapolo toracica
Emipelvectomia
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
Ernia del disco dorsale per via transtoracica
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
Osteosintesi grandi segmenti
Osteosintesi vertebrale
Tumori ossei e forme pseudo tumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di

OTORINOLARINGOIATRIA

Petrositi suppurate, trattamento delle
Adduttori, intervento per paralisi degli
Antroatticotomia con labirintectomia
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica
Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidica
Atresia auris congenita completa
Atresia auris congenita incompleta
Cordectomia con il laser
Fibroma rinofaringeo
Laringectomia parziale
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale bilaterale
Laringofaringectomia totale
Linfoadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)
Linfoadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)

Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare
Lingua e pavimento orale intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
Mastoidectomia radicale
Neoplasie parafaringee
Nervo vestibolare, sezione del
Neurinoma dell'ottavo paio
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per
Parotidectomia parziale
Parotidectomia totale
Petrosectomia
Timpanoplastica con mastoidectomia
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di
Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

UROLOGIA

Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia
Estrofia vescicale (trattamento completo)
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per
Incontinenza urinaria in donna, intervento per via vaginale o addominale
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
Nefrectomia polare
Nefrolitotripsia percutanea bilaterale
Nefrolitotripsia percutanea monolaterale
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
Nefroureterectomia radicale con trattamento trombo cavale (compresa surrenectomia)
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomie, (qualsiasi accesso e tecnica)
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena e/o posteriore membranosa
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa
Ureterocistoneostomia bilaterale
Ureterocistoneostomia monolaterale
Ureterocistoneostomia non continente
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)
Vescicoplastica antireflusso bilaterale
Vescicoplastica antireflusso monolaterale

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

MALATTIE GRAVI

Si considerano "Malattie Gravi" le seguenti patologie:

- neoplasie maligne, inclusa la leucemia;
- infarto del miocardio;
- ictus cerebrale;
- pancreatite acuta;
- anemia aplastica;
- encefalite acuta;
- paralisi conseguente ad infortunio;
- ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione;
- sclerosi multipla o a placche;
- AIDS;
- distrofia muscolare;
- morbo di Parkinson.