



**POLIZZA  
501225799**

**DIRIGENTI, QUADRI SUPERIORI,  
AMMINISTRATORI E TITOLARI  
D'IMPRESA**

# Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Rimborso Spese Mediche Aziende"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione che offre una copertura rimborso spese mediche in caso di ricovero o altre prestazioni conseguenti a infortunio o malattia. Si prevedono anche in abbinamento una serie di servizi di assistenza.



## Che cosa è assicurato?



### Sezione Malattia

L'assicurazione vale in caso di ricovero e altre prestazioni, purché conseguenti ad infortunio o malattia, indennizzabili a termini di polizza, entro le somme assicurate ed i limiti di indennizzo indicati nella Scheda riepilogativa

### Sezione Assistenza

Si erogano prestazioni di assistenza all'Assicurato a mezzo di Centrale Operativa telefonica.



## Che cosa non è assicurato?

### Sezione Malattia

- \* Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza
- \* Con riferimento alla suddetta sezione e per il dettaglio delle ulteriori esclusioni si rimanda alle condizioni di polizza "Esclusioni".



## Ci sono limiti di copertura?

### Sezione Malattia

- ! L'assicurazione non vale per le spese mediche conseguenti ad abuso di alcolici, stupefacenti (non assunti a scopo terapeutico) trattamenti estetici o reazione nucleare.

### Sezione Assistenza

Per il dettaglio delle esclusioni si rimanda alle condizioni di polizza "Garanzie Accessorie".



## Dove vale la copertura?



Sezione Malattia l'assicurazione vale in tutto il mondo.



Sezione Assistenza l'assicurazione vale in tutto il mondo.

## DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

<b>Assicurato</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla assicurazione.
<b>Assicurazione</b>	Il Contratto di assicurazione.
<b>FASDAPI – .</b>	Fondo di Assistenza e Solidarietà della Piccola e Media Industria. nel cui interesse e per conto del quale è stipulato il contratto di assicurazione.
<b>Azienda</b>	L'Azienda iscritta al Fasdapi che intende provvedere, a favore di una o più categorie di personale dipendente, a prestazioni assistenziali in conformità di Contratto, Accordo o Regolamento aziendale.
<b>SAS</b>	<b>(Soluzioni Assicurative Sanitarie S.r.l.)</b> Società che gestisce il servizio di assistenza agli <i>Assicurati</i> , provvede alla liquidazione dei <i>sinistri</i> per conto della Società ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con gli <i>operatori sanitari</i> che ha convenzionato in Italia ed
<b>Centri odontoiatrici</b>	Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'Assicurato può fruire delle prestazioni mediche previste dalla polizza, rese necessarie dal Suo stato di salute.
<b>Contraente</b>	ASSIDAI per conto di Fasdapi
<b>Day Hospital/Day Surgery</b>	Degenza in Istituto di Cura che non comporta pernottamento e con la presenza continua, nella struttura, di un medico o di un anestesista.
<b>Franchigia</b>	La somma prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Ingessatura</b>	Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.
<b>Istituto di Cura</b>	Struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al ricovero dei malati.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>Non autosufficienza</b>	È considerata non autosufficiente la persona che: <ul style="list-style-type: none"><li>◆ si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:<ul style="list-style-type: none"><li>– lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;</li><li>– nutrirsi: capacità di mangiare e bere;</li><li>– muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;</li><li>– vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.</li></ul></li><li>◆ è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.</li></ul>
<b>Nucleo familiare</b>	Il nucleo familiare è composto da: <ul style="list-style-type: none"><li>– il coniuge o il convivente more-uxorio;</li><li>– i figli fiscalmente e non fiscalmente a carico.</li><li>– Il neonato si intende assicurato automaticamente fino</li></ul>

**Operatori sanitari**

al 60° giorno di vita.

Le strutture sanitarie (*istituto di cura*, poliambulatorio medico, centro diagnostico) ed i medici chirurghi convenzionati con la Centrale Operativa presso i quali l'Assicurato, previo accordo telefonico con gli stessi, può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, *interventi e ricoveri* resi necessari dal Suo stato di salute, previsti dalla *polizza*.

**Polizza  
Premio  
Ricovero**

Il documento che prova l'assicurazione.

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

La degenza comprendente pernottamento in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

**Rischio  
Scoperto**

La probabilità che si verifichi il sinistro.

La percentuale di danno prestabilita che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo.

**Sinistro**

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la assicurazione.

**Società**

Allianz S.p.A.

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE****ART. 1 – ASSICURATI**

L'assicurazione è prestata a favore del personale delle Aziende iscritte al FASDAP I appartenente alle categorie dei Dirigenti e dei Quadri Superiori e dei relativi nuclei familiari. Si precisa che i Dirigenti possono aderire solamente se non iscritti al FASI o ad altri Fondi di Assistenza Sanitaria in forma collettiva.

Possono aderire alla presente copertura assicurativa anche gli Amministratori, i Titolari delle Imprese iscritte al Fasdapi e relativi nuclei familiari.

L'assicurazione per gli Amministratori e i Titolari d'Impresa viene assunta previa presentazione del "Questionario sanitario" allegato che dovrà essere inoltrato alla Società per la sua valutazione.

Possono altresì aderire gli appartenenti alla categoria "Professional" con contratto di lavoro di almeno 12 mesi.

La Società si impegna a dare riscontro al Contraente entro 15 giorni dal ricevimento del suddetto questionario, riservandosi il diritto di richiedere ulteriore documentazione sanitaria e/o di fissare eventuali particolari condizioni di accettazione o di rifiutare il rischio. In caso di richiesta di ulteriore documentazione sanitaria, la Società si impegna a dare riscontro al Contraente entro 15 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione.

**ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio, malattia, gravidanza, parto ed aborto terapeutico, traumatico o spontaneo, verificatisi nel corso dell'anno assicurativo e qualunque ne sia il numero, fino alla concorrenza del massimale garantito in polizza, intendendosi per tale massimale la disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per il nucleo familiare.

**SEZIONE RICOVERI****2.1 – RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO IN ISTITUTO DI CURA, PARTO, DAY HOSPITAL/DAY SURGERY, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:**

La Società rimborsa le spese per:

- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 120 giorni precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso, compreso l'intervento chirurgico ambulatoriale;
- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e i materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici o protesici applicati durante l'intervento;
- le rette di degenza, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli esami post-intervento ed i medicinali durante il periodo di ricovero, i trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse le cure fisioterapiche, termali ed oncologiche se effettuate in regime di Day Hospital in caso di ricovero senza intervento chirurgico);
- gli esami, i medicinali, le prestazioni mediche ed infermieristiche, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, nonché solo a seguito di intervento chirurgico anche per l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico, compreso l'intervento chirurgico ambulatoriale;
- per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura e viceversa, nonché trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di Euro 2.600,00;
- il vitto e il pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, per un accompagnatore con il limite di Euro 52,00 giornaliero e con un massimo di 45 giorni;
- in caso di trapianto, il prelievo di organi o parte di essi; il ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, la prestazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di Euro 2.600,00.

**2.2 – PARTO CESAREO**

In caso di parto cesareo il rimborso delle spese previste al precedente punto 2.1 viene effettuato fino alla concorrenza dell'importo di Euro 9.000,00 per evento e con il limite giornaliero per le rette di degenza di Euro 260,00.

**2.3 – PARTO NATURALE**

In caso di parto naturale la Società rimborsa le seguenti spese fino alla concorrenza dell'importo di **Euro 3.500,00** per evento:

- le rette di degenza con il limite massimo giornaliero di **Euro 100,00**;
- gli onorari medici, gli accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali e gli esami riguardanti il periodo di ricovero.

#### **2.4 – TRASFORMABILITÀ DELLA PRESTAZIONE**

In caso di ricovero ove gli Assicurati non sostengano, esclusi eventuali ticket, alcuna spesa in proprio per le prestazioni previste dal punto 2.1), 2.2), 2.3) e non chiedano pertanto alcun rimborso, ad eccezione delle spese effettuate nei **120** giorni precedenti e successivi al ricovero stesso, la Società corrisponderà un'indennità, per ogni giorno di ricovero con pernottamento in Istituto di Cura, pari a **Euro 77,00** per una durata massima di **120** giorni per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.

#### **2.5 – MASSIMALI ANNUI PER LA SEZIONE RICOVERI**

La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale annuo per nucleo familiare di **Euro 250.000,00** che si intende raddoppiato in caso di grande intervento chirurgico, compreso fra quelli elencati nell'apposito allegato "A".

#### **FRANCHIGIE E SCOPERTI DELLA SEZIONE RICOVERI**

La garanzia di cui al punto 2.1) si intende prestata con applicazione di uno scoperto per ogni evento pari al:

- **15%** con il massimo di **Euro 2.000,00** in caso di utilizzo di strutture non convenzionate o, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sulla parte di spesa relativa all'equipe medica se non convenzionata;
- nessuno scoperto nei casi di intervento chirurgico ambulatoriale, day hospital o day surgery;
- nessuno scoperto/franchigia in caso di prestazioni effettuate presso centri e con medici convenzionati o presso centri del Servizio Sanitario Nazionale;

La garanzia di cui al punto 2.2) si intende prestata con applicazione di uno scoperto per ogni evento pari al:

- **15%** in caso di utilizzo di strutture non convenzionate o, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sulla parte di spesa relativa all'equipe medica se non convenzionata;
- nessuno scoperto/franchigia in caso di prestazioni effettuate presso centri e con medici convenzionati o presso centri del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia di cui al punto 2.3) si intende prestata con applicazione di uno scoperto per ogni evento pari al:

- **10%** in caso di utilizzo di strutture non convenzionate o, in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sulla parte di spesa relativa all'equipe medica se non convenzionata;
- nessuno scoperto/franchigia in caso di prestazioni effettuate presso centri e con medici convenzionati o presso centri del Servizio Sanitario Nazionale.

#### **SEZIONE PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

##### **2.6 – PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**

La Società rimborsa, fino a concorrenza dell'importo massimo di **Euro 8.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, le seguenti prestazioni specialistiche:

AMNICENTESI E VILLOCENTESI	ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE	LASERTERAPIA (TERAPIA DEL DOLORE)
ANGIOGRAFIA ANCHE DIGITALE	ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA	MIELOGRAFIA
ARTERIOGRAFIA DIGITALE	ECOCARDIOGRAFIA	M.O.C.
BIOPSIA	ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO E DA SFORZO	POLISONNOGRAFIA
BRONCOGRAFIA	ECOCONTRASTOGRAFIA	PACHIMETRIA CORNEALE
BRONCOSCOPIA	ECOTOMOGRAFIA	RADIONEFROGRAMMA
CISTOGRAFIA	ELETTROCARDIOGRAFIA	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
CLISMA OPACO	ELETTROENCEFALOGRAFIA	SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
COLPOSCOPIA	ENDOSCOPIA CON ESTENSIONE A TUTTI GLI ESAMI DI TIPO INVASIVO	SCINTIGRAFIA
CORONAROGRAFIA	ESAME HOLTER	TELECUORE
DENSITOMETRIA OSSEA	ESAMI ISTOPATOLOGICI	TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA
DOPPLER	FLEBOGRAFIA	TOPOGRAFIA CORNEALE
DIALISI	FLUORANGIOGRAFIA OCULARE	UROFLUSSOMETRIA
DIAGNOSTICA RADIOLOGICA	ISTEROSALPINGOGRAFIA	UROGRAFIA
ECODOPPLER	ISTEROSCOPIA	

Nel caso in cui ci si avvalga di strutture non convenzionate verrà applicato uno scoperto del **15%** con il minimo di **Euro 75,00** per evento.

### **2.7 – DOMICILIARI ED AMBULATORIALI**

La Società rimborsa le seguenti spese:

- onorari medici per visite specialistiche (escluse le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché le prestazioni specialistiche garantite nell'ambito del massimale di cui al punto 2.6), analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, fino a concorrenza della somma di Euro 2.600,00 per anno assicurativo e nucleo familiare.

La garanzia si intende prestata con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 75,00 per evento sia che ci si avvalga di Strutture convenzionate che di Strutture non convenzionate.

### **2.8 – PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE**

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche, nel senso di sostituzione o riparazione di arti artificiali e apparecchi acustici, fino a concorrenza dell'importo di Euro 1.050,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, con una franchigia di Euro 26,00 per evento.

### **2.9 – CURE DENTARIE**

In caso di utilizzo esclusivo di Centri odontoiatrici convenzionati, la Società rimborsa le spese sostenute per cure (compresa igiene orale ed eventuali prestazioni radiografiche odontoiatriche), estrazioni, protesi dentarie ed ortodontiche per qualsiasi causa, visite odontoiatriche ed ortodontiche, fino alla concorrenza del massimale di Euro 750,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Nel caso in cui l'Assicurato non si rivolga ai Centri odontoiatrici convenzionati, la Società rimborsa le spese sostenute per le stesse prestazioni di cui sopra fino al massimale di Euro 550,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

La garanzia si intende prestata con applicazione di uno scoperto pari al:

- 10% con il minimo di Euro 75,00 per evento in caso di utilizzo di strutture e/o medici convenzionati;
- 25% con il minimo di Euro 200,00 per evento in caso di utilizzo di strutture/medici non convenzionati.

In caso di adesione avvenuta nel secondo semestre il suddetto massimale si intende ridotto a:

- Euro 400,00 per ciascun nucleo familiare, in caso di strutture/medici convenzionati, con applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 75,00 per evento;
- Euro 300,00 per ciascun nucleo familiare, in caso di strutture/medici non convenzionati, con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 100,00 per evento.

### **2.10 – PRESTAZIONI ONCOLOGICHE**

La Società rimborsa, fino a concorrenza di Euro 5.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare, le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di patologie oncologiche per:

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute;
- assistenza infermieristica professionale a domicilio;
- terapie irradianti.

Nel caso in cui ci si avvalga di strutture non convenzionate verrà applicato uno scoperto del 10% per evento.

### **2.11 – TICKET**

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle prestazioni di cui ai precedenti articoli vengano effettuate presso il SSN, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, entro il limite del massimale specifico di ogni garanzia, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

### **2.12 – ASSISTENZA DOMICILIARE**

in caso di malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato, che comporti la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane), la Società rimborsa le spese sostenute per assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute, fino a Euro 100,00 giornalieri per un massimo di 60 giorni dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

### **ART. 3 – FORMA INTEGRATIVA**

È data facoltà agli Assicurati di richiedere i rimborsi anziché in forma completa come forma integrativa di altri Fondi di assistenza o altri Enti assicurativi, in tal caso la liquidazione dei rimborsi avverrà senza applicazione di alcuna franchigia.

### **ART. 4 – ESCLUSIONI**

L'assicurazione non è operante per il rimborso delle spese relative a:

- a) infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Assicurato;
- b) intossicazioni da alcool, stupefacenti, psicofarmaci o da abuso di allucinogeni e simili;
- c) cure delle malattie mentali incluse le nevrosi e le psiconevrosi;
- d) infortuni sofferti in stato di ubriachezza;
- e) infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o alluvioni;

- f) malattie e infortuni derivanti da conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni o di assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati o dalle radiazioni dovute all'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- g) malattie e infortuni accaduti durante il servizio militare ad eccezione del richiamo in tempo di pace per addestramento;
- h) infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relativi allenamenti;
- i) visite per abilitazioni sportive, per patenti e simili;
- j) le prestazioni mediche intese ad eliminare o correggere malformazioni oppure difetti fisici preesistenti all'iscrizione;
- k) le visite o cure omeopatiche o altre prestazioni rientranti nella medicina non convenzionale;
- l) le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontaria.

#### **ART. 5 – DECORRENZA DELLA GARANZIA**

La garanzia decorrerà dalla data riportata sul tracciato record fornito dal Contraente.

Sono comprese nella copertura assicurativa le spese da sostenere successivamente all'effetto del contratto, per infortuni verificatisi in data anteriore a quella di decorrenza delle prestazioni.

La norma di cui ai commi precedenti vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

#### **ART. 6 – PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili le persone di età superiore ai 75 anni. Per le persone che raggiungono tale limite età la garanzia avrà termine alla prima scadenza annuale successiva. Sono altresì non assicurabili le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza.

#### **ART. 7 – MODALITÀ PER I RIMBORSI**

Per tutte le prestazioni sopra indicate, la Società non ammette a *indennizzo* le richieste di rimborso per importi complessivamente inferiori a Euro 25,00. Tale importo può essere raggiunto cumulando, nel corso dell'anno assicurativo, più richieste relative a un medesimo nucleo familiare.

#### **DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

L'utilizzo delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

A. con pagamento diretto da parte di *Allianz tramite il provider SAS* delle prestazioni previste dalla presente polizza prenotate presso le strutture convenzionate con *il Network sanitario di SAS* medesimo;

B. mediante rimborso delle spese sostenute dall'*Assicurato* presso *operatori sanitari* non convenzionati con *il Network sanitario di SAS*, nonché delle spese relative a specifiche prestazioni previste dalla presente polizza.

**Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico.**

#### **DOCUMENTAZIONE RICHIESTA**

Al completamento di un evento, vale a dire a conclusione del ciclo di cure con il quale l'evento stesso è stato trattato, occorre richiedere il rimborso utilizzando la Piattaforma Web Sanitaria SAS: [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it), allegando i documenti giustificativi delle spese sostenute, nonché la prescrizione medica attestante la diagnosi accertata o presunta. La procedura per la registrazione all'Area Riservata è descritta nell'Allegato Manuale Operativo SAS (All.B).

Per tutti i ricoveri, la richiesta di rimborso deve essere corredata dalla cartella clinica.

L'Assicurato, i suoi familiari od i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

I documenti comprovanti le spese sostenute, devono essere conformi alle norme fiscali vigenti nei paesi dove essi sono stati rilasciati.

In particolare:

- in caso di ticket relativi a visite e ad accertamenti diagnostici è necessario presentare la relativa fattura rilasciata dall'Istituto presso il quale sono stati eseguiti;
- le fatture e/o parcelle devono riferirsi a prestazioni fornite in un solo anno assicurativo. Quindi nel caso di prestazioni effettuate a cavallo di due anni assicurativi, è necessario esibire documenti di spesa separati per ciascun anno;
- le fatture e/o parcelle devono contenere la ragione sociale della ditta o il nominativo del professionista che le ha rilasciate; e se trattasi di parcella per visita medica specialistica, anche il titolo di specializzazione del medico;
- per la giusta attribuzione dei rimborsi ai massimali di competenza, saranno prese in considerazione le date di compilazione dei documenti di spesa presentati anche se le prestazioni descritte in tali documenti sono riferite all'anno precedente.



- Le fatture emesse in Italia devono essere fiscalmente corrette e prevedere l'applicazione della marca da bollo nel caso in cui il totale superi € 77,47

Nei casi in cui gli Assicurati si siano rivolti in precedenza ad altro Fondo di assistenza o altro Ente assicurativo, gli interessati debbono trasmettere al provider SAS le copie dei documenti di spesa, oltre al documento comprovante il rimborso effettuato dal suddetto Fondo di Assistenza o Ente Assicurativo. In questi casi, non è necessario produrre la documentazione necessaria ad individuare l'alterazione dello stato di salute, salvo l'obbligo di presentazione della cartella clinica in caso di ricovero.

Per le cure con o senza ricovero praticate all'estero, in paesi ove non è consuetudine rilasciare copia conforme della cartella clinica, si consiglia di prendere preventivi accordi con le case di cura affinché venga rilasciata una documentazione valida per il rimborso assicurativo. In ogni caso la documentazione rilasciata deve essere corredata da traduzione in lingua italiana/inglese.

#### **PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI CON IL NETWORK SANITARIO DI SAS PER LE PRESTAZIONI PREVISTE AI PARAGRAFI 2.1 – 2.2 – 2.3 – 2.6 – 2.7 – 2.9- 2.10 CHE PRECEDONO (assistenza in forma diretta)**

La ricerca delle Strutture sanitarie convenzionate e dei medici specialisti convenzionati è effettuabile da parte dell'Assicurato, mediante l'accesso alla propria Area personale a lui riservata all'indirizzo <https://www.soluzioniassicurativesanitarie.it>

L'Assicurato, deve prenotare la prestazione sanitaria necessaria, utilizzando una delle seguenti modalità:

- **Rivolgersi direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**, comunicando il proprio codice fiscale e/o codice dell'Assicurato, permettendo così alla Struttura sanitaria stessa di identificarlo e verificarne la copertura assicurativa (assicurabilità e massimale residuo) e la fruibilità della prestazione).
- **Chiamare la Centrale Informativa di Soluzioni Sanitarie Assicurative**, dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13 e dalle 15 alle 17, ai seguenti numeri:
  - dall'Italia e per telefoni fissi, numero verde 800-129448;
  - dall'estero e per cellulari, numero di rete fissa +06/67549.448
- **Accedere all'Area personale riservata**, all'indirizzo <https://www.soluzioniassicurativesanitarie.it> e una volta individuata la Struttura sanitaria desiderata, inviare alla stessa la richiesta di prenotazione, compilando il relativo form e indicando recapiti telefonici, 2 date possibili e le prestazioni sanitarie a lui necessarie, allegando quindi, eventuale documentazione in suo possesso (prescrizione medica completa di diagnosi presunta o certa).

La Struttura sanitaria convenzionata, contatterà l'assistito per accordarsi sulla prenotazione e/o per richiedere eventuali ulteriori informazioni. Ad appuntamento stabilito, la Struttura convenzionata aprirà il sinistro impegnando il massimale previsto per la prestazione oggetto dell'appuntamento.

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata senza aver attivato una delle modalità soprariportate, le spese sanitarie sostenute – indennizzabili a termini di Polizza - verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider" (assistenza in forma rimborsuale).

Per quanto concerne le prestazioni previste all'art. 2.10 e nello specifico assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute e assistenza infermieristica professionale a domicilio; la forma diretta opererà previa verifica con la struttura sanitaria interessata.

Qualora, un medico operante all'interno della Struttura sanitaria convenzionata risultasse non convenzionato con il network, il Provider è disponibile a convenzionarlo (purché la richiesta di convenzionamento sia pervenuta, tramite la Struttura sanitaria convenzionata, per tempo ed il medico abbia accettato i Tariffari del Provider) in modo tale da permettere l'attivazione della procedura di assistenza in forma diretta.

L'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata, all'atto della fruizione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico con diagnosi certa o presunta.

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Impresa provvede a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata i costi previsti per le prestazioni sanitarie autorizzate - in quanto indennizzabili a termini di Polizza.

La Struttura sanitaria non può richiedere all'Assicurato, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, ad eccezione del caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla Polizza, eccedenti i massimali assicurati o non autorizzate dalla Centrale Informativa, nonché nel caso in cui, a seguito della verifica della documentazione di spesa e sanitaria ricevuta, le prestazioni sanitarie erogate non risultino in alcun modo indennizzabili a termini di Polizza-

Qualora in una Struttura sanitaria convenzionata venga effettuata una o più prestazioni sanitarie da parte di personale medico non convenzionato, le relative spese sostenute dall'Assicurato (comprese eventuali spese sanitarie inerenti la Struttura sanitaria), verranno liquidate secondo quanto indicato al punto "Utilizzo di Struttura sanitaria non convenzionata con il Provider (assistenza in forma rimborsuale)".

◆  
Restano escluse dal convenzionamento diretto le prestazioni previste all'art. 2 "Oggetto dell'assicurazione" paragrafi 2.8 -

### **PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI OPERATORI SANITARI NON CONVENZIONATI CON IL NETWORK SANITARIO DI SAS E PER LE ALTRE PRESTAZIONI DELLA PRESENTE POLIZZA** (assistenza in forma rimborsuale)

Nei casi in cui non operi il servizio di pagamento diretto, l'Assicurato deve inviare a rimborso - entro 30 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dell'emissione della fattura/ricevuta negli altri casi - la copia della documentazione della spesa sanitaria sostenuta corredata di tutta la documentazione prevista, attraverso una delle modalità di seguito indicate.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

Modalità per richiedere il rimborso:

1. Area Personale Applicativo Web: [www.soluzioniassicurativesanitarie.it](http://www.soluzioniassicurativesanitarie.it)
2. Posta a: Soluzioni Assicurative Sanitarie Srl, Via Ostiense, 131 L – 001154 Roma
3. Numeri telefonici (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13 e dalle 15 alle 17):
  - dall'Italia e per telefoni fissi, numero verde 800-129448;
  - dall'estero e per cellulari, numero di rete fissa 06/67549.448

Contattando la Centrale Informativa l'Assicurato comunica i propri dati, per ottenere tutte le informazioni circa la propria assicurabilità, la copertura della prestazione e conoscere l'eventuale quota a proprio carico.

Anche utilizzando la piattaforma web attraverso la propria Area personale riservata, l'Assicurato può verificare la sua assicurabilità e il massimale residuo.

Una volta in possesso della documentazione di spesa, l'Assicurato inoltra telematicamente (documenti scansionati) la richiesta di rimborso delle prestazioni sanitarie effettuate corredate, ove previsto, dalla documentazione sanitaria entro e non oltre il termine sopraindicato.

Eventuali sospensioni della pratica o richieste di integrazioni avverranno sempre attraverso il sistema telematico. Qualora diversamente richiesto, l'Assicurato può inviare la Copia della documentazione anche non dematerializzata, la stessa verrà riportata in formato digitale per poter processare la pratica, e, qualora la stessa fosse inoltrata in originale, verrà reinviata a mezzo posta a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - sempre all'interno dell'Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

Per entrambe le modalità soprariportati, l'Assicurato deve:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero o altra prestazione extraricovero indennizzabili a termini di Polizza;
- presentare le copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prescrizione stessa.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

- fornire all'impresa ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria per poter processare la pratica, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, l'Azienda socia o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

#### **LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato, anche per i suoi familiari, entro 30 giorni dalla presentazione della documentazione completa.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

I rimborsi saranno effettuati con accredito sul conto corrente bancario indicato dall'assicurato..

#### **ART. 8 – ANTICIPI**

Nei casi di ricovero per i quali l'Istituto di Cura richiede per un ricovero il pagamento di un deposito, la Società anticipa l'importo richiesto, previa presentazione di certificazione dell'Istituto di Cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio ed eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, l'indicazione del giorno di ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo, che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.

Tale importo non potrà eccedere l'80% della somma assicurata.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule, distinte e ricevute di spesa, si procede al conguaglio.

#### **ART. 9 – CONTROVERSIE - COMPETENZA TERRITORIALE**

In caso di controversie fra la Società e l'Assicurato sul diritto o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono, in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria, conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell'avente diritto ed il medico fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici, la Società e l'Assicurato, che manlevano il Contraente e il FASDAPI da ogni relativo onere, si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno dalla Società e uno dall'Assicurato ed il terzo dai predetti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede presso la provincia in cui l'Assicurato ha la propria sede di lavoro.

Sia la Società che l'Assicurato sostengono le proprie spese e remunerano il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per la Società e l'Assicurato anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il verbale.

Ove l'Assicurato avviasse richiesta di arbitrato ai sensi del presente articolo e chiamasse in causa, anziché la Società, direttamente il Contraente e/o FASDAPI, o l'Azienda, la Società provvederà ad individuare, sostenendone l'onere, il medico designato a fungere da arbitro per conto del Contraente, del FASDAPI o dell'Azienda ed a gestire tutte le attività necessarie per conto dello stesso.

Il Contraente, il FASDAPI o l'Azienda si impegnano ad accettare sia l'arbitro designato dalla Società che l'assistenza prestata da quest'ultima.

I risultati dell'arbitrato saranno vincolanti per la Società.

Se l'Assicurato conviene il Contraente e/o il FASDAPI davanti all'Autorità Giudiziaria per controversie riguardanti il diritto o la misura dell'indennizzo, la Società interverrà in giudizio impegnandosi a sollevare il Contraente e il FASDAPI dagli oneri conseguenti ad un eventuale esito negativo della controversia, salvo che tale esito dipenda da norme degli Statuti del Contraente e di FASDAPI che non riflettessero corrispondenti obblighi della Società nei confronti del Contraente e di FASDAPI ai sensi della presente polizza di assicurazione.

#### **ART. 10 – VALIDITÀ TERRITORIALE**

L'Assicurazione di cui alla presente polizza è valida in tutto il mondo.

#### **ART. 11 – DECORRENZA E RINNOVO DEL CONTRATTO**

La decorrenza della polizza ha effetto dalle ore 24.00 del 31.12.2021 e avrà scadenza alle ore 24 del 31/12/2022.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata entro 120 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

Si precisa, inoltre, che la Società riconoscerà valida a tutti gli effetti la disdetta inviata dal FASDAPI al Contraente, mediante lettera raccomandata A/R, almeno 120 giorni prima della scadenza contrattuale.

**ART. 12 – MODIFICHE IN CORSO D'ANNO**

Fermo restando quanto previsto dal precedente art. 5 "Decorrenza della garanzia", per i neoassunti o nominati resta inteso che:

- ✓ possono aderire entro 60 giorni dalla data di nomina o assunzione e la garanzia decorrerà da pari data se l'Azienda invierà la relativa comunicazione e il pagamento al FASDAPI entro il suddetto termine;
- ✓ coloro che non esercitano l'opzione entro il termine sopra riportato e coloro che escono dall'assicurazione alla scadenza dell'anno assicurativo, potranno aderire o essere riammessi solo il 1° gennaio di ciascun anno successivo alla data di nomina, di assunzione o di recesso, sempreché l'Azienda abbia trasmesso la richiesta al FASDAPI ed effettuato il pagamento dovuto entro tale data.

L'Azienda deve dare comunicazione al FASDAPI, anche a mezzo fax o posta elettronica, delle nuove adesioni indicandone le generalità e i componenti del nucleo familiare – nome, cognome, data di nascita, codice fiscale e grado di parentela.

Per i nuovi componenti del nucleo familiare già assicurato la garanzia decorrerà dalla data dell'evento (matrimonio, convivenza, nascita), sempreché l'Azienda/iscritto ne abbia dato comunicazione al FASDAPI entro 60 giorni dalla suddetta data; superato tale termine la decorrenza delle prestazioni sarà dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento da parte del FASDAPI della relativa comunicazione.

Nel caso in cui l'Assicurato veda modificata la propria qualifica, all'interno della medesima Azienda, con conseguente perdita del diritto alle prestazioni della presente polizza, lo stesso dovrà richiedere espressamente l'attivazione della copertura prevista dalla polizza n. 501225800 sottoscritta dal Contraente per conto di Fasdapi, il passaggio avverrà con compensazione del premio.

In caso di cessazione del rapporto di lavoro o di collaborazione la garanzia cessa alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

**GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI****CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

- ANASTOMOSI VASI INTRA-EXTRACRANICI.
- ASPORTAZIONE DI NEOPLASIE ENDOCRANICHE, DI ANEURISMI O PER CORREZIONE DI ALTRE CONDIZIONI PATOLOGICHE.
- ASPORTAZIONE DI TUMORI ORBITALI PER VIA ENDOCRANICA.
- CRANIOPLASTICHE.
- CRANIOTOMIA PER EMATOMA INTRACEREBRALE.
- CRANIOTOMIA PER LESIONI TRAUMATICHE INTRACEREBRALI.
- CRANIOTOMIA PER MALFORMAZIONI VASCOLARI NON ESCLUSE DALLA GARANZIA.
- CRANIOTOMIA PER NEOPLASIE.
- 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 INDIRECTA.
- INTERVENTI ASSOCIATI SUL SIMPATICO TORACICO E SUI NERVI SPLANCNICI.
- 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.
- MALFORMAZIONI ANEURISMATICHE (ANEURISMI SACCOLARI, ANEURISMI ARTERO-VENOSI).
- NEUROTOMIA RETROGASSERIANA - SEZIONE INTRACRANICA DI ALTRI NERVI.
- OPERAZIONI ENDOCRANICHE PER ASCCESSO ED EMATOMA INTRACRANICO.
- OPERAZIONI PER ENCEFALO MENINGOCELE.
- PSICOCIRURGIA.
- SURRENELECTOMIA ED ALTRI INTERVENTI SULLA CAPSULA SURRENALE.
- TALAMOTOMIA, PALLITOMIA ED ALTRI INTERVENTI SIMILARI.
- TERAPIA CHIRURGICA DELLE FISTOLE ARTEROVENOSE:
  1. AGGRESSIONE DIRETTA
  2. LEGATURA VASO-AFFERENTE INTRA-CRANICO
  3. LEGATURA VASO-AFFERENTE EXTRA-CRANICO
- TRATTAMENTO ENDOVASALE DELLE MALFORMAZIONI VASCOLARI MIDOLLARI.
- VAGOTOMIA PER VIA TORACICA.

**FACCIA E BOCCA**

- ASPORTAZIONE DELLA PAROTIDE PER NEOPLASIE MALIGNI.
- CONDILECTOMIA MONOLATERALE E BILATERALE CON CONDILO PLASTICA PER ANCILOSI 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 DELL'APOFISI CORONOIDE MANDIBOLARE - TRATTAMENTO CHIRURGICO ED ORTOPEDICO.
- INTERVENTI AMPIAMENTE DEMOLITIVI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE.
- INTERVENTI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE CON SVUOTAMENTO DELLA LOGGIA SOTTOMASCELLARE.
- INTERVENTI PER NEOPLASIE MALIGNI DELLA LINGUA, DEL PAVIMENTO ORALE CON SVUOTAMENTO GANGLIONARE CONTEMPORANEO.
- INTERVENTI PER NEOPLASIE MALIGNI 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 DEL MASCELLARE SUPERIORE.
- RESEZIONE DEL MASSICCIO FACCIALE E PER NEOFORMAZIONI MALIGNI.
- RIDUZIONE FRATTURE MANDIBOLARI CON OSTEOSINTESI.

**COLLO**

- ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA SOTTOMASCELLARE PER INFIAMMAZIONI CRONICHE E NEOPLASIE BENIGNE E TUMORI MALIGNI.
- INTERVENTI PER ASPORTAZIONE DI TUMORI MALIGNI DEL COLLO.
- SVUOTAMENTO GANGLIONARE LATEROCERVICALE BILATERALE.
- SVUOTAMENTO GHIANDOLARE LATEROCERVICALE BILATERALE.
- SVUOTAMENTO GHIANDOLARE BILATERALE.
- TIROIDECTOMIA PER NEOPLASIE MALIGNI.

**ESOFAGO**

- COLLOCAZIONE DI PROTESI ENDOESOFAGEA PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA.
- DECONNESSIONI AZYGOS PORTALI PER VIA ADDOMINALE E/O TRANS TORACICA PER VARICI ESOFAGEE.
- ESOFAGOGASTROPLASTICA, ESOFAGODIGIUNOPLASTICA, ESOFAGOCOLONPLASTICA.
- INTERVENTI NELL'ESOFAGITE, NELL'ULCERA ESOFAGEA E NELL'ULCERA PEPTICA POST-OPERATORIA.
- INTERVENTI PER DIVERTICOLO DELL'ESOFAGO.
- LEGATURA DI VARICI ESOFAGEE.
- MEDIASTINOTOMIA SOPRATERNALE PER ENFISEMA MEDIASTINICO.
- MIOTOMIA ESOFAGO-CARDIALE EXTRAMUCOSA E PLASTICA ANTIREFLUSSO.
- OPERAZIONE SULL'ESOFAGO PER STENOSI BENIGNE, PER TUMORI, RESEZIONI PARZIALI BASI, ALTE E TOTALI.
- RESEZIONE DELL'ESOFAGO CERVICALE.
- RESEZIONE TOTALE ESOFAGEA CON ESOFAGO-PLASTICA IN UN TEMPO.

**TORACE**

- ASPORTAZIONE DEL TIMO.
- ASPORTAZIONE DI TUMORI BRONCHIALI PER VIA ENDOSCOPICA.
- ASPORTAZIONE DI TUMORI MALIGNI CON SVUOTAMENTO DEL CAVO ASCELLARE.
- 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.
- PLEURO PNEUMECTOMIA.
- PNEUMECTOMIA.
- PNEUMOLISI A CIELO APERTO.
- PNEUMOTOMIA PER ASPORTAZIONE DI CISTI DA ECHINOCOCCO.
- RESEZIONE BRONCHIALE CON REIMPIANTO.
- RESEZIONI SEGMENTARIE E LOBECTOMIA.
- TORACOPLASTICA PARZIALE E TOTALE.
- TORACECTOMIA ESPLORATIVA.
- TORACOTOMIA ESPLORATIVA.

**CHIRURGIA CARDIACA**

- ASPORTAZIONE DEI TUMORI ENDOCAVITARI DEL CUORE.
- BY-PASS AORTO-CORONARICO CON VENA.
- BY-PASS AORTO-CORONARICO E RESEZIONE ANEURISMA DEL VENTRICOLO SINISTRO.
- COMMISURO TOMIA.
- IMPIANTO DI ARTERIA MAMMARIA SECONDO VINEBERG SINGOLO E DOPPIO.
- IMPIANTO DI PACE-MAKER EPICARDIO PER VIA TORACOTOMICA O FRENICO-PERICARDICA.
- INFARTECTOMIA IN FASE ACUTA.
- INTERVENTI A CUORE APERTO.
- INTERVENTI A CUORE CHIUSO.
- INTERVENTI PER CORPI ESTRANEI DEL CUORE.
- INTERVENTI PER MALFORMAZIONI DEL CUORE E DEI GROSSI VASI ENDOTORACICI.
- OPERAZIONE PER EMBOLIA DELL'ARTERIA POLMONARE.
- PERICARDIECTOMIA.
- RESEZIONE ANEURISMA DEL VENTRICOLO SINISTRO.
- SOSTITUZIONE VALVOLARE CON PROTESI.
- SUTURA DEL CUORE PER FERITE.
- VALVULOPLASTICA DELLA MITRALE O DELL'AORTA.

**STOMACO E DUODENO**

- CARDIOMIOTOMIA EXTRAMUCOSA.
- ESOFAGO-CARDIOPLASTICA.
- GASTRECTOMIA TOTALE.
- GASTRECTOMIA TOTALE PER VIA TORACO-LAPAROTOMICA.
- INTERVENTO PER FISTOLA GASTRO-DIGIUNO-COLICA.
- INTERVENTI DI RECONVERSIONE PER DUMPING SYNDROME.
- INTERVENTO PER MEGA ESOFAGO.
- PIROPLASTICA + VAGOTOMIA.
- REINTERVENTO PER MEGA ESOFAGO.
- RESEZIONE GASTRICA.
- RESEZIONE GASTRO-DIGIUNALE PER ULCERA PEPTICA POST-ANASTOMOTICA.
- SUTURA DI PERFORAZIONE GASTRICHE ED INTESTINALI NON TRAUMATICHE.

**PERITONEO E INTESTINO**

- COLECTOMIA SEGMENTARIA.
- COLECTOMIA TOTALE.
- EMICOLECTOMIA DESTRA E LINFADENECTOMIA PER VIA LAPAROSCOPICA.
- ENTEROANASTOMOSI.
- EXERESI DI TUMORI RETROPERITONALI.
- LAPARATOMIA PER CONTUSIONI E FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME CON LESIONI DELL'INTESTINO-RESEZIONE INTESTINALE.
- LAPARATOMIA PER CONTUSIONI E FERITE PENETRANTI DELL'ADDOME CON LESIONI DI ORGANI INTERNI PARENCHIMALI.
- OCCLUSIONE INTESTINALE DI VARIA NATURA – RESEZIONE INTESTINALE.
- RESEZIONE DEL TENUE.
- RESEZIONE ILEO-CECALE.
- RESEZIONE INTESTINALE.
- SUTURA DELLA LESIONE.

#### 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 PERINEALE.
- AMPUTAZIONE DEL RETTO PER VIA SACRALE.
- OPERAZIONE PER MEGA COLON.
- RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO.

#### 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 E ENTEROSTOMIA).
- PAPPILLOTOMIA PER VIA TRANS-DUODENALE.
- RESEZIONE EPATICA.

#### PANCREAS E MILZA

- ANASTOMOSI MESENTERICA-CAVA.
- ANASTOMOSI PORTA-CAVA E SPLENO-RENALE.
- DECONNESSIONE AZYGOS-PORTALE.
- DUODECOCEFALO-PANCREATECTOMIA CON O SENZA LINFADENECTOMIA.
- INTERVENTI PER TUMORI ENDOCRINI FUNZIONALI DEL PANCREAS.
- INTERVENTI DEMOLITIVI DEL PANCREAS:
  1. TOTALE O DELLA TESTA;
  2. DELLA CODA.
- INTERVENTI DI NECROSI ACUTA DEL PANCREAS.
- INTERVENTI PER CISTI E PSEUDOCISTI DEL PANCREAS:
  1. ENUCLEAZIONE DELLE CISTI;
  2. MARSUPIALIZZAZIONE;
  3. CISTOVISCEROANASTOMOSI.
- INTERVENTI PER FISTOLE PANCREATICHE.
- SPLENECTOMIA.

#### VASI

- DISOSTRUZIONE BY-PASS AORTA ADDOMINALE.
- INTERVENTI DI RIVASCOLARIZZAZIONE EXTRA-ANATOMICI.
- INTERVENTI PER ANEURISMI DEI SEGUENTI VASI ARTERIOSI: CAROTIDI, VERTEBRALI, SUCLAVIA, TRONCO BRACHIO-CEFALICO, ILIACHE.
- INTERVENTI PER FISTOLA AORTO-ENTERICA.
- INTERVENTI PER STENOSI DELL'ARTERIA RENALE, MESENTERICA SUPERIORE O CELIACA.
- INTERVENTI PER STENOSI OD OSTRUZIONI DELLA CAROTIDE EXTRACRANICA O SUCLAVIA O ARTERIA ANONIMA.
- INTERVENTI SULLA VENA CAVA SUPERIORE O INFERIORE.
- OPERAZIONE SULL'AORTA TORACICA E SULL'AORTA ADDOMINALE.
- RESEZIONE ARTERIOSA CON PLASTICA VASALE.
- TRATTAMENTO DELL'ELEFANTIASI DEGLI ARTI.

#### PEDIATRIA

- ATRESIA DELL'ANO CON FISTOLA RETTO-URETRALE O RETTO-VULVARE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE.
- ATRESIA DELL'ANO SEMPLICE: ABBASSAMENTO ADDOMINO PERINEALE.
- ATRESIA DELL'ESOFAGO.
- CISTI E TUMORI TIPICI DEL BAMBINO DI ORIGINE BRONCHIALE ENTEROGENA E NERVOSA (SIMPATOBlastoma).

- ETERATOMA SACROCOCCIGEO.
- FISTOLA DELL'ESOFAGO.
- FISTOLE E CISTI DEL CANALE ONFALOMESENTERICO CON RESEZIONE INTESTINALE.
- IDROCEFALO IPERSECRETIVO.
- MEGACOLON: OPERAZIONE ADDOMINO PERINEALE DI BUHAMEL O SWENSON.
- MEGAURETERE: RESEZIONE CON REIMPIANTO; RESEZIONE CON SOSTITUZIONE DI ANSA INTESTINALE.
- NEFRECTOMIA PER TUMORE DI WILLMS.
- POLMONE CISTICO E POLICISTICO (LOBECTOMIA, PNEUMECTOMIA).
- TRATTAMENTO DELLE ATRESIE DELLE VIE BILIARI.
- TRATTAMENTO DI ERNIE DIAFRAMMATICHE.
- TRATTAMENTO DI STENOSI TRACHEALI.

#### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

- ARTRODESI GRANDI SEGMENTI.
- ARTRODESI VERTEBRALE PER VIA ANTERIORE.
- ARTROPROTESI DI ANCA.
- ARTROPROTESI DI GINOCCHIO.
- ARTROPROTESI DI GOMITO.
- DISARTICOLAZIONE INTERSCAPOLO TORACICA.
- EMIPELVECTOMIA.
- 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.
- DERIVAZIONE URINARIA CON INTERPOSIZIONE INTESTINALE.
- ENTEROCISTOPLASTICA DI ALLARGAMENTO.
- ESTROFIA VESCICALE E DERIVAZIONE.
- FISTOLE VESCICO-VAGINALE.
- ILEOCISTO PLASTICA-COLOCISTO PLASTICA.
- INTERVENTO PER ESTROFIA DELLA VESCICA.
- INTERVENTO PER FISTOLA VESCICO-INTESTINALE.
- INTERVENTO PER FISTOLA VESCICO-RETTALE.
- NEFRECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE.
- NEFROTOMIA BIVALVE IN IPOTERMIA (TECNICA NUOVA).
- NEFROURETERECTOMIA TOTALE.
- NEFROURETERECTOMIA TOTALE (TAGLIO ALLARGATO).
- PLASTICA ANTIREFLUSSO BILATERALE E MONOLATERALE.
- PROSTATECTOMIA RADICALE CON LINFADENECTOMIA.
- RESEZIONE RENALE CON CLAMPAGGIO VASCOLARE.
- RESEZIONE URETRALE E URETRORRAFIA.
- SURRENALECTOMIA.
- URETERO-ILEO-ANASTOMOSI (O COLLO BILATERALE 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 VESCICO-VAGINALE.
- CURA CHIRURGICA DI FISTOLA URETERALE.
- CURA CHIRURGICA DI FISTOLA RETTO-VAGINALE.
- EVISCERAZIONE PELVICA.
- INTERVENTO VAGINALE E ADDOMINALE PER INCONTINENZA URINARIA.
- ISTERECTOMIA PER VIA VAGINALE.
- ISTERECTOMIA TOTALE CON ANNESSIECTOMIA PER VIA LAPAROTOMICA.
- ISTERECTOMIA TOTALE PER VIA LAPAROTOMICA.
- METROPLASTICA.
- ORCHIECTOMIA ALLARGATA PER TUMORE.
- ORCHIECTOMIA PER TUMORE.
- ORCHIECTOMIA PER NEOPLASIE MALIGNI CON LINFOADENECTOMIA.



- PANNISTERECTOMIA RADICALE PER VIA ADDOMINALE.
- PANNISTERECTOMIA RADICALE PER VIA VAGINALE.
- VULVECTOMIA ALLARGATA E TOTALE.

---

#### OCULISTICA

- ESTRAZIONE DI CORPO ESTRANEO ENDO-BULBARE NON CALAMITABILE.
- IRIDOCICLORETRAZIONE.
- TRABECULOTOMIA.

---

#### OTORINOLARINGOIATRIA

- 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 TUMORI PARAFARINGEI.
- 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 TRANSLABIRINTICA DELLA VERTIGINE.
- DECOMPRESSIONE DEL NERVO FACCIALE.
- DECOMPRESSIONE DEL NERVO FACCIALE CON INNESTO O RAFIA.
- DISTRUZIONE DEL LABIRINTO.
- EXERESI DI NEURINOMA DELL'VIII NERVO CRANICO.
- EXERESI DI PARAGANGLIOMA TIMPANO-GIUGULARE.
- EXERESI FIBRANGIOMA RINOFARINGEO.
- INTERVENTI PER OTOSCLEROSI.
- NEORINOMA DELL'OTTAVO PAIO.
- RESEZIONE DEL NERVO PETROSO SUPERFICIALE.
- RICOSTRUZIONE DELLA CATENA OSSICULARE.
- SEZIONE DEL NERVO COCLEARE.
- SEZIONE DEL NERVO VESTIBOLARE.
- TIMPANOPLASTICA.

---

#### LARINGE

- FARINGOLARINGECTOMIA.
- INTERVENTO PER PARALISI DEGLI ABDUTTORI.
- LARINGECTOMIA ORIZZONTALE SOPRAGLOTTICA.
- 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

- TRAPIANTI ORGANI DEGLI APPARATI:
  1. CIRCOLATORIO;
  2. DIGERENTE;
  3. RESPIRATORIO;
  4. URINARIO.
- TRAPIANTO CORNEA.
- TRAPIANTI OSSEI.