

NOMENCLATORE “A” – PIANO SANITARIO BASE

DECORRENZA 01/11/2016 – 31/10/2019

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo dell'indennizzo.

A. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

A.1 Beneficiari delle Prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Piano Sanitario sono rivolte, con esclusione del relativo Nucleo familiare, ai:

- Notai in esercizio;
- Titolari di pensione;
- Altri titolari di pensione notarile;
- Personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato.

A.2 Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo punto A.5 “Prestazioni sanitarie garantite” del presente Piano Sanitario, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente Piano Sanitario. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Cassa sanitaria nel rispetto di quanto disposto dal presente Piano Sanitario.

A.3 Limite di assistenza

Le prestazioni del presente Nomenclatore sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € **400.000,00** per anno, fermi gli eventuali sottolimiti riportati nell'articolo A.5 "Garanzie".

A.4 Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo punto A.5 "Garanzie" prevede:

A.4.1 In caso di Prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Cassa sanitaria alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno scoperto.

Parimenti non sono soggette a scoperto le spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. A.5.1 e lett. c) e d) dell'art. A.5.2) fermi restando gli specifici limiti temporali.

Sono infine rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo A.5.1, A.5.2 e 4.5.3 che prevedono specifici sottolimiti.

A.4.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate con uno scoperto pari al **10% senza minimo** per sinistro a carico dell'Assistito; nel caso di assistiti titolari di pensione viene applicato uno scoperto pari al **25% senza minimo**.

A.4.3 Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. A.5.1 e lett. c) e d) dell'art. A.5.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del **10% senza minimo** entro il massimale annuo autonomo di € **5.000.000,00** salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo A.5.1, A.5.2 e 4.5.3 che prevedono specifici sottolimiti.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti articoli A.4.1, A.4.2 e A.4.3.

A.4.4 In caso di prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari

verranno rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

NB: In caso di prestazioni miste, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) convenzionate e personale medico non convenzionato, le spese della struttura convenzionata saranno a carico della Società e verranno liquidate con le eventuali franchigie previste in regime di convenzione. Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assicurato e verranno liquidate con le modalità previste dalla forma rimborsuale.

A.5 Garanzie

A.5.1 - Prestazioni Sanitarie garantite nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) rette di degenza;
- f) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **125** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei **155** giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito, fermi i limiti temporali di cui sopra, si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale previsto dal piano sanitario o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie

extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto, nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

- g)** rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di € **100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;
- h)** spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo massimo di € **3.900** massimo per anno;
- i)** trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di € **3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed € **6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- j)** acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di € **5.500**, purché conseguenti a sinistro indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario verificatosi durante la validità dello stesso;
- k)** le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di € **15.000** per evento;
- l)** costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di € **10.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.

A.5.2 Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

- a)** rette di degenza;
- b)** assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c)** accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **100** giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d)** visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **120** giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario ed avvenuto nell'arco della validità dello stesso.

Si applicano anche le garanzie dell'art. A.5.1 ai punti h), i), j), k), l).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. A.5.1.

A.5.3 – Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

- a)** visite specialistiche;
- b)** esami ed accertamenti diagnostici;
- c)** terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d)** spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali sostenute nei **180** giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza del presente Piano Sanitario.

Si applicano anche le garanzie dell'art. A.5.1 ai punti i), j), k), l).

A.5.4 – Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico presente Piano Sanitario, la Cassa sanitaria corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 155** al giorno e verrà erogata, previa applicazione di una **franchigia di due giorni**, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di **180** giorni per ciascun anno e per Assistito.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla lettera f) dell'art. A.5.1 e lett. c) e d) dell'art. A.5.2) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando lo scoperto di cui all'art. A.4 qualora previsto. I ticket verranno comunque rimborsati al **100%**.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f) dell'Art. A.5.1 in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 50** per ogni

giorno di ricovero/day-hospital.

A.5.5 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'Assistito un'invalidità permanente di grado superiore al **66%** la Cassa sanitaria liquiderà un indennizzo pari ad **€ 60.000**.

La Cassa sanitaria corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Cassa sanitaria farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere presentata entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

A.5.6 – Cure oncologiche

La Cassa sanitaria rimborsa o prende in carico con il limite massimo di **€ 50.000,00** per anno, le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero.

Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo e sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico **senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia** sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (**€ 50.000,00** anno). Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, i massimali, gli scoperti previsti dagli artt. A.1.5.1, A.1.5.2, A.1.5.3 del

presente Piano Sanitario “A” e i massimali, gli scoperti e le franchigie previsti dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base “B” qualora sottoscritto.

A.5.7 – Follow-Up Oncologico

La Cassa sanitaria rimborsa o prende in carico su prescrizione del medico oncologo le prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia fino ad un massimale di **€ 10.000,00** anno **senza applicazione di franchigie o scoperti**.

Con la prima richiesta di rimborso l’assistito dovrà presentare la tessera di esenzione rilasciata dall’ASL recante il codice specifico per patologie. Non sarà necessario ripresentarla con le successive richieste di rimborso.

A.5.8 - Copertura per non Autosufficienza

Qualora l’Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la Cassa sanitaria riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di **€ 250,00**, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità polizza del presente Piano Sanitario delle spese sostenute per:

1. ricoveri in strutture di lungo degenza;
2. assistenza;
3. prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
4. acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
5. ausili e presidi sanitari;
6. farmaci non rimborsati dal SSN;
7. altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza del presente Piano Sanitario, un’invalidità civile al 100% con diritto all’indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da malattie mentali o disturbi psichici.

La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all’originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l’Assistito è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all’indennità di accompagnamento in quanto persona

con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assistito dovrà presentare le successive certificazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il limite massimo di **€ 250,00**. In occasione della prima richiesta di rimborso, l'Assistito dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile.

Per la parte eccedente il predetto massimale mensile di **€ 250,00** l'Assistito avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie.

A.5.9 - Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica

La Cassa sanitaria, nei limiti del massimale di **€ 15.000,00** per anno, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- agobiopsia
- amniocentesi
- angiografia
- artrografia
- biopsia in scopia
- broncografia
- cateterismo cardiaco
- chemioterapia
- cisternografia
- cistografia
- cistouretrografia
- clisma opaco
- cobaltoterapia
- colangiografia intravenosa
- colangiografia percutanea (ptc)
- colangiografia trans kehr
- colecistografia

- coronarografia
- crioterapia
- dacriocistografia
- defecografia
- discografia
- dialisi
- doppler
- ecocardiografia
- ecodoppler
- ecocolordoppler
- ecotomografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalogramma
- elettromiografia
- endoscopia a scopo diagnostico
- fistelografia
- flebografia
- fluorangiografia
- holter
- isterosalpingografia
- laserterapia a scopo fisioterapico
- linfografia
- mammografia
- mammotome
- mielografia
- pet
- pneumoencefalografia
- radioterapia
- retinografia
- risonanza magnetica nucleare (rmn)
- rx esofago con mezzo di contrasto
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- scialografia
- scintigrafia
- splenoportografia
- tomografia torace, tomografia in genere
- tomografia logge renali, tomoxerografia
- tomografia assiale computerizzata (tac) anche virtuale

- urografia
- vescicolodeferentografia
- videoangiografia
- villocentesi
- wirsunggrafia

La copertura delle predette prestazioni avviene con le seguenti modalità:

- se eseguite in assistenza diretta:
 - Assistito in attività: nessuna franchigia a suo carico;
 - Titolare di pensione: applicazione di una franchigia a suo carico di **€ 50,00**;
- se eseguite in assistenza indiretta:
 - Assistito in attività o titolare di pensione: rimborso con franchigia a suo carico di **€ 100,00**.

Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

A.5.10 - Medicina preventiva

La Cassa sanitaria rimborsa o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di **€ 500,00** per anno le spese per:

- **Uomini:** visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;
- **Donne:** visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie con visita senologica, ecografia addome e/o transvaginale, moc;

Per entrambi i sessi, radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

A.6 - Garanzie escluse dal Piano Sanitario

Il Piano Sanitario non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivanti e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come

definito dal presente piano sanitario; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla garanzia per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;

- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e saranno pertanto garantiti, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario.
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).
- i) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili secondo i termini previsti dal presente Piano Sanitario;
- j) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- k) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

A.7 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assistiti).

A.7.1 - Servizi di informazione

Cassa RBM Salute mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie previste da presente Piano Sanitario.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, Cassa RBM Salute metterà a disposizione un numero verde attivo 24h su 24h, 365 giorni l'anno.

A.7.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00)

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

All'estero

c) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assistito necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

d) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assistito, al quale quest'ultimo potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assistito).

e) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assistito, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assistito, fornendo le notizie cliniche.

f) Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'Assistito in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

ELENCO I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica per analizzare ed eventualmente valutare la modifica e l'aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi del presente Piano Sanitario, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B. Interventi per trapianti di organo.

Tutti.

C. Interventi ortopedici per:

- 1) impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 3) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pelvica;
- 6) reimpianto di arti staccati;

D. Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurtomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);

- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;

- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovescicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratopresi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabirintica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgica della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococcosi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;

- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino- perineale;
- 7) megaretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI

A. *Infarto miocardico acuto.*

B. *Insufficienza cardiorespiratoria scompensata*

che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea;
- II. edemi declivi;
- III. aritmia;
- IV. angina instabile;
- V. edema o stasi polmonare;
- VI. ipossiemia.

C. *Neoplasia maligna.*

D. *Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:*

- I. ulcere torbide;
- II. decubiti;
- III. neuropatie;
- IV. vasculopatie periferiche;
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E. *Politraumatismi gravi*

che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F. Stato di coma.

G. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I. Tetraplegia.

J. Sclerosi multipla.

K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

L. Alzheimer.

M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- I. riduzione attività motoria;
- II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.