

**PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA
PER I DIPENDENTI
AUTORITA' PER LA VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI
DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE**

CAPITOLATO (e schema per il contratto)

Premessa

L'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture con sede in Roma, Via di Ripetta n. 246, intende stipulare una polizza assicurativa sanitaria per il personale dipendente. A tal fine promuove una gara comunitaria a procedura aperta, finalizzata a selezionare un soggetto esterno, Compagnia di assicurazione (Società) o Cassa di assistenza, specializzato nel settore.

Tra la Compagnia di assicurazione....., in seguito denominata "Società"/

Tra la Cassa di Assistenza.....,

e l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture in seguito denominata "**Contraente**", viene stipulato il presente contratto regolante l'assistenza sanitaria avente **effetto 01.10.2009, scadenza 30.09.2011**, a frazionamento **annuale**.

Agli effetti degli art. 1341, 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le disposizioni dei punti sotto elencati

A.2 Effetto dell'assicurazione/assistenza

A.4 Foro competente

B.3 Limiti di età

C.1 Denuncia del sinistro

C.2 Controversie

INDICE:

| | |
|--|-----------|
| 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA | 5 |
| 2. PERSONE ASSICURATE/ASSISTITE | 5 |
| 3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE | 6 |
| 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE | 9 |
| 5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI..... | 11 |
| 6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE..... | 12 |
| 7. CURE ONCOLOGICHE | 12 |
| 8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO | 12 |
| 9. SERVIZI DI CONSULENZA | 12 |
| 10. PREMIO/CONTRIBUTO..... | 14 |
| 11. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA /ASSISTENZA..... | 14 |
| 12. INCLUSIONI / ESCLUSIONI..... | 14 |
| A. – CONDIZIONI GENERALI | 16 |
| B. – LIMITAZIONI..... | 17 |
| C. – SINISTRI..... | 18 |
| ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI..... | 21 |

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Assicurazione/Assistenza

La copertura sanitaria oggetto del presente capitolato.

Polizza/Disciplinare

Il documento che prova l'assicurazione/l'assistenza.

Contraente

L'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Assicurato/Assistito

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata la copertura sanitaria.

Società

La Compagnia di Assicurazione..... aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato

Cassa

La Cassa..... aggiudicataria che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato

Premio/Contributo

La somma dovuta dall'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture alla Società/Cassa.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale/Limite di Assistenza

L'importo stabilito nel presente capitolato che rappresenta la spesa massima che la Società/Cassa si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato/Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Difetto fisico preesistente

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza/del disciplinare possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentale (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società/Cassa ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day - hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società/Cassa in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni di pre e post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso secondo quanto disciplinato dal presente capitolato.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione/l'assistenza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società/Cassa in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assicurato/assistito.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assicurato/assistito l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'assicurato/assistito.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA

Le garanzie previste dal presente capitolato comprendono anche situazioni patologiche che siano l'espressione o la conseguenza diretta di infortuni e malattie insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati/assistiti in copertura.

1.1 L'assicurazione/assistenza è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute riguardanti:

- prestazioni ospedaliere e chirurgiche
- prestazioni di alta specializzazione;
- prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- cure dentarie da infortunio;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato/Assistito può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società/Cassa
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie/prestazioni.

2. PERSONE ASSICURATE/ASSISTITE

2.1 L'assicurazione/assistenza è prestata a favore dei dipendenti in forza presso l'AUTORITA' PER LA VIGILANZA SUI CONTRATTI PUBBLICI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE in data 01.10.2009, e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge o il convivente more uxorio ed i figli risultanti da stato di famiglia che dovranno essere comunicati alla Società/Cassa entro il 15/11/2009.

Qualora un dipendente rinunci espressamente alla copertura/assistenza nei termini di cui al precedente capoverso, non sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

2.2 L'assicurazione/assistenza può essere estesa, con versamento del relativo premio/contributo a carico del dipendente, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli non fiscalmente a carico purchè risultanti dallo stato di famiglia.

3. PRESTAZIONI OSPEDALIERE E CHIRURGICHE

3.1 RICOVERO (CON E SENZA INTERVENTO), DAY HOSPITAL (CON E SENZA INTERVENTO), INTERVENTO AMBULATORIALE.

La Società/Cassa provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) Durante il ricovero
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria (o sala parto) e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Prestazioni mediche e infermieristiche, cure, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- c) Rette di degenza
Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società/Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €200,00 al giorno.
Tale limite non opera per i ricoveri presso Istituto di cura convenzionato.
Non sono comprese in garanzia/assistenza le spese voluttuarie. (per esempio televisione, telefono)
- d) Accompagnatore
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in una struttura alberghiera nel limite di €50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- e) Assistenza infermieristica privata individuale
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, onorari medici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera),

effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purchè resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

3.2 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società/Cassa rimborsa le spese previste ai punti 3.1 e 3.4 del presente Capitolato con i limiti di assistenza in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.3 PARTO E ABORTO

3.3.1 PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

- a) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società/Cassa, questa provvede al pagamento alle predette strutture delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza, d) Accompagnatore, f) Post ricovero;*
- b) In caso di parto cesareo o aborto terapeutico effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con la Società/Cassa, questa provvede al rimborso all'assistito delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza - nel limite di € 200,00 al giorno - d) Accompagnatore, f) Post ricovero.*

La garanzia è prestata con il limite di €8.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.3.2 PARTO NON CESAREO

- a) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria convenzionata con la Società/Cassa, questa provvede al pagamento alle predette strutture delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza, d) Accompagnatore.*
- b) In caso di parto non cesareo effettuato in struttura sanitaria non convenzionata con la Società/Cassa, questa provvede al rimborso all'Assistito delle spese per le prestazioni di cui al punto 3.1 lettere: *b) Durante il ricovero, c) Rette di degenza - nel limite di € 200,00 al giorno, d) Accompagnatore.*

La garanzia è prestata con il limite di €2.500,00 per anno e per nucleo familiare.

3.4 TRASPORTO SANITARIO

La Società/Cassa le spese di trasporto dell'Assicurato/Assistito in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il limite di €1.000,00 per ricovero.

3.5 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante il ricovero, la Società/Cassa rimborsa direttamente le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di €1.550,00 per anno e per nucleo familiare.

3.6 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società/Cassa ed effettuate da medici convenzionati.

Le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1., 3.2, e 3.3 vengono liquidate, fermi i limiti e massimali previsti, direttamente dalla Società/Cassa alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti prestazioni che verranno rimborsate direttamente all'assistito/assicurato:

- **Accompagnatore – (punto 3.1 lettera d);**
- **Assistenza infermieristica privata individuale – (punto 3.1 lettera e);**
- **Trasporto Sanitario – (punto 3.4);**
- **Rimpatrio della salma – (punto 3.5).**

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa.

In questo caso le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1., 3.2 e 3.3 vengono rimborsate all'Assicurato/Assistito con l'applicazione di una franchigia di €500,00 ad eccezione delle seguenti prestazioni che vengono rimborsate secondo i limiti previsti dai seguenti punti:

- **3.1 lettera c) - Rette di degenza;**
- **3.1 lettera d) – Accompagnatore;**
- **3.1 lettera e) - Assistenza infermieristica privata individuale;**
- **3.4 - Trasporto Sanitario;**
- **3.5 - Rimpatrio della salma.**

Le spese per le prestazioni di cui ai punti **3.3.1 b) e 3.3.2. b)** vengono rimborsate, con il limite di cui al punto 3.1. lettera c) – Rette di degenza, all'Assicurato/Assistito senza applicazione della franchigia di €500,00.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.7 “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'Assicurato/Assistito sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società/Cassa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato al punto 3.6. lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società/Cassa ed effettuate da medici convenzionati” o b) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa”.

3.7 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato/Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Società/Cassa, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di cui al punto 3.1 “*Ricovero (con o senza intervento) Day Hospital (con o senza intervento), Intervento ambulatoriale*” lettere a) Pre ricovero e f) Post ricovero, avrà diritto a un'indennità di €80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di Pre e Post ricovero, in questo caso, vengono prestate con un massimale annuo per nucleo familiare pari a €2.000,00.

Nel caso di ricovero in regime di Day-Hospital, l'importo giornaliero della diaria si intende ridotta a €40,00 giornaliera.

3.8 MASSIMALE ASSICURATO/LIMITE DI ASSISTENZA

Il massimale annuo assicurato/il limite assistenziale per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €250.000,00 per nucleo familiare (nel caso di "Grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli nell'elenco allegato alla polizza, il limite di assistenza suindicato si intende raddoppiato).

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società/Cassa provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

- amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- accertamenti endoscopici
- agoaspirato
- angiografia
- artrografia
- arteriografia digitale
- broncografia
- broncoscopia
- cardiotaq
- chemioterapia
- cisternografia
- cistografia
- cistouretrografia
- clisma opaco
- cobaltoterapia
- colangiografia (anche percutanea)
- colecistografia
- colonscopia
- coronografia
- dacriocistografia
- defecografia
- diagnostica radiologica
- dialisi
- doppler
- duodenoscopia
- ecocardiografia
- ecodoppler
- ecocolordoppler
- ecografia
- elettroencefalogramma
- elettromiografia
- esame citologico
- esame istologico
- esofagoscopia
- fistelografia

- flebografia
- fluorangiografia
- galattografia
- gastroscopia
- holter
- isterosalpingografia
- laserterapia
- linfografia
- mammografia (anche digitale)
- mielografia
- moc
- palonscopia
- pet
- radioterapia
- radionefrogramma
- retinografia
- rettoscopia
- rx esofago con mezzo di contrasto
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn)
- scialografia
- scintigrafia
- spect
- splenoportografia
- tac anche virtuale
- telecuore
- urografia
- vesciculodeferentografia
- videoangiografia
- villocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- wirsunggrafia.

Il massimale annuo assicurato/il limite assistenziale per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €6.000,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a medici non convenzionati con la Società/Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato/Assistito con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia effettivamente sostenuta. Si intende per ciclo di terapia una serie di sedute relative ad una

medesima terapia, contenute in un'unica prescrizione medica e presentate alla Società/Cassa con un'unica richiesta di rimborso.

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

5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società/Cassa provvede al rimborso delle spese per visite specialistiche, analisi e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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

Nel caso in cui l'Assicurato/Assistito si rivolga a strutture sanitarie o a medici non convenzionati con la Società/Cassa, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato/Assistito con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia effettivamente sostenuta. Si intende per ciclo di terapia una serie di sedute relative ad una medesima terapia, contenute in un'unica prescrizione medica e presentate alla Società/Cassa con un'unica richiesta di rimborso.

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

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati alla Società/Cassa in un'unica richiesta di rimborso.

Il massimale annuo assicurato/Il limite per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €2.000,00 per nucleo familiare.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società/Cassa rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di €1.300,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di franchigie o scoperti.

7. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società/Cassa liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day – hospital), con massimale autonomo.

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

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

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

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

Il massimale annuo assicurato/Il limite assistenziale per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €8.000 per nucleo familiare.

8. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società/Cassa rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato/Assistito per protesi e cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data/motivo dell'infortunio e le cure necessarie (ricevute a seguito di infortunio), fino alla concorrenza annua di €1.550,00 per nucleo familiare.

9. SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa dell'aggiudicataria telefonando al numero dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00

a) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture convenzionate con la Società/Cassa. La Centrale Operativa potrà essere contattata per ottenere suggerimenti per la scelta della struttura sanitaria più idonea alla fruizione di specifiche prestazioni.

b) Contatto telefonico di primo soccorso

Il Servizio assistenza, attivo 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'assistito per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, il medico di guardia della Società/Cassa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'assicurato/assistito o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

1. consigli medici di carattere generale (a titolo di esempio: su interventi di primo soccorso e/o sulle modalità di assunzione di farmaci);
2. informazioni riguardanti:
 - il reperimento dei mezzi di soccorso (ambulanza, medico, ecc....);
 - la reperibilità di medici generici e specialisti.

il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'assistito in condizione di ottenere quanto necessario.

c) Invio di un medico nei casi d'urgenza

Qualora, a seguito del primo contatto telefonico (Contatto telefonico di primo soccorso medico), il servizio medico giudicasse necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assistito e qualora non sia possibile reperire il proprio medico curante, il Servizio Assistenza provvederà ad organizzare il reperimento e l'intervento di un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società/Cassa.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, il Servizio Assistenza organizzerà, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato/Assistito, il suo trasferimento in ambulanza presso il centro di primo soccorso più vicino alla sua abitazione, senza costi a carico dell'Assicurato/Assistito.

Resta inteso che in caso di emergenza il Servizio Assistenza non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto il Servizio Assistenza potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti medici con l'Assicurato/Assistito stesso.

d) Reperimento ed invio di una ambulanza nei casi d'urgenza

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato/Assistito necessiti a giudizio del medico curante e dei medici del Servizio Assistenza di un ricovero d'urgenza al centro di primo soccorso più vicino al luogo del sinistro, il Servizio Assistenza provvederà alla ricerca, al reperimento e all'invio di un'ambulanza.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società/Cassa.

Resta inteso che in caso di emergenza il Servizio Assistenza non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese. Pertanto il Servizio Assistenza potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (servizio 118), tenendo i contatti medici con l'Assicurato/Assistito stesso.

10. PREMIO/CONTRIBUTO

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato i premi (comprensivi degli oneri fiscali pari al 2,5%)/contributi annui, corrispondono ai seguenti importi:

- A) **Dipendente e nucleo fiscalmente a carico come indicato al punto 2.1 “Persone assicurate”** €
- B) **Familiari non fiscalmente a carico (come indicato al punto 2.2. “Persone Assicurate”) con onere a carico del dipendente:**
- **Per familiare non fiscalmente a carico** €420,00

Ad ogni scadenza annuale verrà verificato il numero di adesioni all’opzione sub B).

11. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA /ASSISTENZA

La copertura per i dipendenti e per i familiari avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 01.10.2009, e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società/Cassa dal giorno successivo a quello in cui perverrà alla Società/Cassa il file contenente l’elenco dei dipendenti con i relativi dati anagrafici connessi che dovrà essere inviato alla Società/Cassa entro e non oltre il 15/11/2009.

Pertanto, il coniuge o il convivente “more uxorio” e i figli fiscalmente non a carico, possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio/contributo ed invio dell’apposito modulo tassativamente entro la data del 15/11/2009, fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 12; oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico o il convivente “more uxorio” risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto/assistenza i familiari sopra indicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso non potranno essere più reinscritti.

12. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all’art. 2 “Persone assicurate”, le movimentazioni all’interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inclusioni

Oltre al termine del 15.11 di ogni anno l’inserimento in copertura/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- d) Assunzione;
- e) nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- f) matrimonio
- g) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio
- h) venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro

In questo caso la garanzia decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale scadenza, la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è prevenuta alla Società/Cassa la relativa comunicazione.

2) Esclusioni

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

- a) cessazione dal servizio;
- b) decesso dell'assicurato/assistito o di un suo familiare;
- c) divorzio;
- d) venire meno di convivenza per il convivente more uxorio o per il familiare fiscalmente non a carico;
- e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro
- f) raggiungimento del limite di età

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

3) Variazioni

Le variazioni di copertura/assistenza possono verificarsi nelle seguenti fattispecie:

- a) in caso di acquisizione del carico fiscale di coniuge/convivente more uxorio/figlio. Il premio/contributo è comunque dovuto fino alla prima scadenza annuale dell'anno in cui è stato acquisito il carico fiscale, a partire dalla successiva annualità dovrà essere segnalato l'inserimento quale familiare fiscalmente a carico;
- b) in caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o del convivente "more uxorio" o di un figlio, la garanzia/assistenza cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società/Cassa; la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio/contributo per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte del dipendente. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia/assistenza dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 1 e 3, del presente punto, il premio/contributo da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

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

Il pagamento relativo alle inclusioni e variazioni, di cui ai numeri 1 e 3, avverrà entro 45 giorni dall'emissione di apposito atto contabile da parte della la Società/Cassa.

A. – CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA

L'assicurazione/assistenza ha effetto dalle ore 00.00 del giorno 01.10.2009 in deroga all'art. 1901 del Codice Civile. Il termine per il pagamento della prima rata è elevato a 45 giorni dal ricevimento dell'atto contabile emesso dalla Società/Cassa riportante l'elenco delle persone assicurate/assistite. Se entro tale data i premi/contributi non sono stati pagati, l'effetto sarà dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i premi/contributi o le rate di premio/contributo successive, l'assicurazione/assistenza resta sospesa dalle ore 24.00 decorrente dal quarantacinquesimo giorno successivo a quello del ricevimento dell'atto contabile emesso dalla Società/Cassa riportante l'elenco delle persone assicurate/assistite e riprende efficacia dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, in deroga all'art. 1901 del Codice Civile.

I premi/contributi devono essere pagati ad ogni scadenza annuale alla Società/Cassa o al Broker.

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA

La polizza/assistenza ha durata 24 (ventiquattro) mesi e scade alle ore 24.00 del 30.09.2011; a tale data la polizza/assistenza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

E' facoltà della Contraente entro la naturale scadenza richiedere alla Società/Cassa il rinnovo della presente assicurazione/assistenza per ulteriori 12 mesi, fermo rimanendo le condizioni contrattuali ed economiche, fatta salva la revisione periodica dei prezzi di cui all'art. 115 del D.Lgs 163/2006.

La Società/Cassa si impegna a rinnovare l'assicurazione/assistenza per il suddetto periodo alle medesime condizioni contrattuali.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE/ASSISTENZA

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

A.4 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente capitolato, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato/assistito.

A.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione/assistenza è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.6 ALTRE ASSICURAZIONI/ASSISTENZE

Il Contraente e l'Assicurato/assistito è esonerato dal dichiarare alla Società/Cassa l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

A.7 CLAUSOLA BROKER

La gestione del presente contratto è affidata alla Ital Brokers S.p.A. - Via Sallustiana, 54 - 00187 Roma, conseguentemente tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione potranno (su richiesta scritta del contraente) essere svolti per conto della Contraente dalla Ital Brokers S.p.A.

Agli effetti dei termini fissati alle condizioni di contratto, ogni comunicazione (preventivamente autorizzata dall'Autorità a mezzo lettera, raccomandata e/o fax) fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente alla Compagnia/Cassa si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dalla Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia/Cassa, purché non comporti variazioni nelle condizioni di polizza/assistenza.

L'opera del Broker verrà remunerata, dalla Società/Cassa, sotto forma di provvigioni in misura pari al 5%, così come previsto dal Contratto n. 44512/08/CFIN sottoscritto il 28.07.2008 tra l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e la Società Ital Brokers Spa – Via Sallustiana, 54 00187 Roma, per la durata di 36 mesi.

B. – LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione/assistenza vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA

L'assicurazione/assistenza non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto/dell'assistenza. In caso di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo quanto espressamente previsto alle singole garanzie);
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi);
5. le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato/Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato/Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza/assistenza successiva al compimento di tale età da parte dell'assicurato/assistito.

C. – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato/Assistito o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Società al numero di cui al punto 9 e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il presente piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti **C.1.1** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società/Cassa”, **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società/Cassa” o **C.1.3** “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Qualora l'Assicurato/Assistito utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società/Cassa senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società/Cassa” e **3.6** “Modalità di erogazione delle prestazioni” **lett. b)** “Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa”.

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ/CASSA

L'Assicurato/Assistito dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato/Assistito si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato/Assistito dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società/Cassa provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato/Assistito delega la Società/Cassa a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato/Assistito né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato/il limite assistenziale o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti **C.1.2** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società/Cassa” o **C.1.3** “Sinistri nel servizio sanitario nazionale” e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Per tutte le prestazioni “Extraospedaliere” ovvero per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte della Società/Cassa, il rimborso delle stesse avverrà entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

C.1.2. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'/CASSA

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve consegnare all'incaricato della Società/Cassa presente nelle sedi dell'Autorità nelle date che verranno concordate tra le parti la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato/Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società/Cassa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato/Assistito viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società/Cassa della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato/Assistito abbia consegnato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato/Assistito verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui al punto **3.6** "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

Il rimborso verrà inviato dalla Società/Cassa all'assistito entro 60 giorni da ricevimento della documentazione completa.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società/Cassa" o **C.1.2**. "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società/Cassa".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato/Assistito dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredata da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società/Cassa

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società/Cassa effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato/Assistito.

B) Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società/Cassa

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società/Cassa inviata all'Assicurato/Assistito con cadenza mensile.

La Società/Cassa, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato/Assistito in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato/assistito

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

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

INTESTINO

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

RETTO-ANO

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

ERNIE

- Intervento iatale con tunduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

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

PANCREAS-MILZA

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

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

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

SIMPATICO E VAGO

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

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi,

vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.

- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

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

COLLO

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

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

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

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

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

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

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

UROLOGIA

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

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannistrectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Oculistica

- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.