

# Capitolato polizza Spese Sanitarie

## Garanzie Base



## SOMMARIO

<b>SEZIONE A - PREMESSA</b> .....	<b>4</b>
<b>SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI</b> .....	<b>4</b>
B. 1 DEFINIZIONI .....	4
<b>SEZIONE C - PERSONE ASSISTITE E LORO INCLUSIONE</b> .....	<b>5</b>
C.1 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO AL SERVIZIO .....	5
C.2- INCLUSIONE DEGLI ASSISTITI .....	6
<b>SEZIONE D –OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL SERVIZIO</b> .....	<b>6</b>
D.1 - ESTENSIONI TERRITORIALI .....	6
D.2 - LIMITE DI ETÀ .....	6
D.3 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE.....	6
D.3.1 - RICOVERO PER GRAVI MALATTIE E GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	6
D.3.2 - INDENNITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO .....	7
D.3.2.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico, diverso da Grande Intervento Chirurgico .....	7
D.3.2.2 - Ricovero senza intervento chirurgico .....	8
D.3.3 - RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DI “ALTA DIAGNOSTICA” .....	8
D3.4 - ODONTOIATRIA.....	9
D.3.5 - INFORTUNI DA ATTI VIOLENTI .....	9
D.3.6 - ESAMI FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE .....	10
D.4 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI.....	10
D.5 - DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVE.....	10
D.6 - CENTRI CONVENZIONATI .....	11
D.7- LIMITI DELLE PRESTAZIONI.....	11
D.8 - GARANZIE ACCESSORIE .....	12
D.9 - CLAUSOLA DI PARTECIPAZIONE AGLI UTILI.....	12
D.10 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	12
<b>SEZIONE E- NORME IN CASO DI SINISTRO E RIMBORSO DELLE INDENNITA’</b> .....	<b>13</b>
E.1 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE.....	13
E.1.1. - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero.....	13
E.1.2 – Prestazioni in strutture convenzionate con la Società .....	13
E.1.3. – Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società .....	14
E.1.4 – Prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale .....	14
E.2 - REPORTISTICA PRESTAZIONI E SINISTRI.....	14

E.3 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE .....	15
E.4 - CONTROVERSIE.....	15
E.5 - CLAUSOLA BROKER.....	15
E.6- IMPOSTE .....	15
E.7. – FORO COMPETENTE.....	16
<b>SEZIONE F – REGOLE DI ADESIONE VOLONTARIA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA, RELATIVI NUCLEI E NUCLEI DEGLI AVENTI DIRITTO.....</b>	<b>17</b>
<b>F.1 – SOGGETTI ADERENTI AVENTI DIRITTO .....</b>	<b>17</b>
Le garanzie di polizza sono estendibili, tramite adesione volontaria e pagamento del premio a proprio carico, in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti: .	17
<b>F.2- REGOLE DI ADESIONE E PREMI.....</b>	<b>17</b>
<b>Allegato 1- GRAVI MALATTIE.....</b>	<b>19</b>
<b>Allegato 2 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....</b>	<b>19</b>

## SEZIONE A - PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria integrativa a favore del personale iscritto all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria di seguito indicata alternativamente come "Amministrazione", ovvero "Ente", ovvero "Committente".

I dati anagrafici degli assistiti verranno forniti dall'Ente su supporto informatico secondo le modalità previste al paragrafo C1 - Soggetti aventi diritto al servizio.

## SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI

### B. 1 DEFINIZIONI

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico, ivi compresi l'Elenco 1 – Gravi Malattie e l'Elenco 2 – Grandi Interventi Chirurgici, viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

<b>Per Amministrazione Contraente o anche solo Ente o Committente</b>	ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA LARGO LUIGI DAGA n. 2 - 00164 ROMA
<b>Per Assistito/Assicurato</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dal presente capitolato, come previsto dal paragrafo <b>C.1 - Soggetti aventi diritto al servizio</b>
<b>Per Fornitore, Assicuratore, Società</b>	L'aggiudicatario della gara, ovvero l'Impresa o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o il Consorzio che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato.
<b>Per Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Committente
<b>Per Periodo di prestazione del servizio</b>	Dalle ore 00.00 del primo giorno di decorrenza del contratto fino alle ore 24.00 dell'ultimo giorno di validità dello stesso
<b>Diaria giornaliera</b>	Indennizzo giornaliero erogato dal Fornitore in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day – Hospital sia medico che chirurgico.
<b>Massimale</b>	La massima spesa rimborsabile per l'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'annualità assicurativa
<b>Broker</b>	L'intermediario che ha ricevuto l'incarico dall'Ente per l'assistenza nella stipulazione, gestione ed esecuzione del contratto di assicurazione.
<b>Per Corrispettivo/Premio</b>	L'importo dovuto dall'Amministrazione Contraente al Fornitore.
<b>Per Indennità / indennizzo</b>	La somma dovuta dal Fornitore in caso di prestazione/ sinistro.
<b>Per Sinistro</b>	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
<b>Per Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
<b>Per Grave malattia</b>	Ogni malattia indicata nell'Elenco 1 – Gravi malattie
<b>Per Rischio</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro
<b>Per Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

<b>Per Intervento chirurgico</b>	Atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.
<b>Per Grande intervento chirurgico</b>	Ogni intervento chirurgico indicato nell' Allegato 2 – Grandi interventi chirurgici.
<b>Per Nucleo Familiare</b>	Ai fini della presente polizza si intende il coniuge o convivente more uxorio e figli come risultante da Stato di Famiglia. Si intendono inoltre compresi i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico ed i figli del solo coniuge o convivente more uxorio, purché conviventi.
<b>Per Ricovero</b>	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
<b>Per Day hospital</b>	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di Cura.
<b>Per Istituto di Cura</b>	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, (ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario), regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
<b>Per Centro convenzionato</b>	Istituto di Cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal Fornitore.
<b>Per Franchigia</b>	L'importo predeterminato in misura fissa, che, in caso di sinistro secondo modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assicurato. Qualora venga espresso in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.
<b>Per Scoperto</b>	L'importo espresso in valore percentuale che, in caso di sinistro secondo le modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito.

## SEZIONE C - PERSONE ASSISTITE E LORO INCLUSIONE

### C.1 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO AL SERVIZIO

Il servizio è prestato in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti:

- a) personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria iscritto all'Ente;
- b) personale dirigenziale e amministrativo iscritto all'Ente;
- c) personale suindicato in distacco sindacale o che risulti in distacco/comando/aspettativa iscritto all'Ente.

Si prende atto che la prestazione deve intendersi valida per il personale in servizio ed iscritto all'Ente, come indicato nei punti a), b) e c) di cui sopra.

L'elenco degli assistiti verrà fornito dall'Ente su supporto informatico all'atto della stipula del Contratto, fermo restando quanto previsto al punto C.2 - Inclusione degli assistiti.

L'Assicurazione si intende valida:

- ✓ durante il permanere del rapporto di assistenza con la contraente e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione dopo la cessazione del rapporto con l'Ente di assistenza;
- ✓ indipendentemente dalle condizioni fisiche degli associati; la garanzia comprende le prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza di malattia e/o infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza (al successivo inserimento in garanzia).

## **C.2- INCLUSIONE DEGLI ASSISTITI**

L'Amministrazione comunicherà all'atto della stipula del Contratto l'elenco del personale, e potrà, nel corso di vigenza del contratto, includere solo ed esclusivamente il nuovo personale assunto nel corso dell'anno, purché iscritto all'Ente ed i nuovi iscritti all'Ente; il nuovo assistito potrà usufruire del servizio dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Ente invierà la comunicazione al Fornitore di inclusione tramite posta elettronica certificata.

Nel caso di cessazioni del rapporto di lavoro nel corso dell'annualità assicurativa, l'assicurato rimarrà in copertura fino alla prima scadenza annuale.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

## **SEZIONE D -OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL SERVIZIO**

### **D.1 - ESTENSIONI TERRITORIALI**

Il servizio è operante nel mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

### **D.2 - LIMITE DI ETÀ**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni.

Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale.

### **D.3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione è operante in caso di malattia e/o infortunio, per le seguenti prestazioni:

#### **D.3.1 - RICOVERO PER GRAVI MALATTIE E GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

La Società, per i casi di Grave Malattia e Grande Intervento Chirurgico, elencate agli allegati 1 e 2, rimborsa le spese sostenute per:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250,00;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 45 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 45 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.
- spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero

La garanzia è valida solo per ricoveri effettuati presso strutture convenzionate con la società.

Il massimale annuo è di euro 40.000 e verrà applicato uno scoperto del 10%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconosce una diaria di Euro 60 al giorno per un massimo di 60 giorni.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'Assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 1.600,00.

### **D.3.2 - INDENNITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO**

#### **D.3.2.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico, diverso da Grande Intervento Chirurgico**

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € 60,00 al giorno per un massimo di 60 giorni.

La diaria verrà riconosciuta dopo il 5 giorno di ricovero.

In caso di Day-Surgery/intervento chirurgico ambulatoriale la diaria giornaliera riconosciuta sarà pari a € 40,00

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti il ricovero. La società provvederà inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, ausili e presidi, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei 45 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

La Società rimborsa, infine, le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.500,00 per ricovero

#### D.3.2.2 - Ricovero senza intervento chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Società riconosce una diaria giornaliera di € € 20,00.

La diaria viene erogata per un massimo di 60 giorni per ogni sinistro e verrà riconosciuta oltre il 3° giorno di ricovero. La giornata di entrata e di uscita sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

In generale, nel caso l'assicurato venga dimesso nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero.

Nel solo caso di dimissione in giornata pre festiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di € 2.600,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di € 50,00 al giorno.

#### **D.3.3 - RIMBORSO SPESE PER ACCERTAMENTI DI “ALTA DIAGNOSTICA”**

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero purché conseguenti a malattia/o infortunio:

- a) CHEMIOTERAPIA
- b) RADIOTERAPIA E RADIOCHIRURGIA A SCOPO NON FISIOTERAPICO
- c) TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)
- d) RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- e) ECOTOMOGRAFIA



- f) SCINTIGRAFIA
- g) ANGIOGRAFIA
- h) ANGIOGRAFIA DIGITALE
- i) FLEBOGRAFIA
- j) ESAME HOLTER
- k) ECODOPPLER
- l) ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO ED A SFORZO
- m) ECOGRAFIA INTRA VASCOLARE
- n) ECOGRAFIA TRAS-ESOFAGEA
- o) ECOCONTRASTOGRAFIA
- p) ELETTROENCEFALOGRAMMA
- q) ELETTROMIOGRAFIA
- r) CORONOGRAMMA
- s) FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- t) ISTEROSALPINOGRAFIA
- u) BRONCOSCOPIA
- v) BRONCOGRAFIA
- w) ARTROGRAFIA
- x) MIELOGRAFIA
- y) SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- z) DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DELL'APPARATO DIGERENTE ED UROLOGICO
- aa) DENSITOMETRIA OSSEA
- bb) RADIONENFOGRAMMA
- cc) ESAMI ISTOPATOLOGICI
- dd) STRUMENTAZIONE DIAGNOSTICA VARIA

compresa la visita specialistica relativa purché l'esame di diagnostica, anche per immagini e la visita siano effettuati, anche non contestualmente, presso strutture convenzionate.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata fino a concorrenza di € 4.000,00 per persona e per anno assicurativo.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di nessuna franchigia

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

Non è previsto il rimborso nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società, salvo quando non vi siano strutture convenzionate in prossimità della dimora dell'assicurato; in tal caso previa autorizzazione della Centrale operativa della Società, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al paragrafo E.1.3, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia a carico dell'assicurato.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

### **D3.4 - ODONTOIATRIA**

Il Fornitore mette a disposizione il proprio network di Dentisti, Odontoiatri presso i quali usufruire delle prestazioni odontoiatriche secondo un tariffario scontato rispetto ai costi di mercato.

### **D.3.5 - INFORTUNI DA ATTI VIOLENTI**

La società rimborsa, fino ad un massimale di € 5.000 per anno, le spese mediche rese necessarie a seguito di infortunio dovuto ad aggressione e/o atto violento, compresi traumi dentari. Sono rimborsabili le spese per:

- Visite specialistiche
- Terapie, anche riabilitative, e medicinali
- accertamenti diagnostici non previste da art. “alta specializzazione”

Tutte le prestazioni verranno rimborsate previa applicazione di uno scoperto del 20%.

Eventuali ticket del SSN verranno rimborsati al 100%

### **D.3.6 - ESAMI FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE**

La Società garantisce l'effettuazione, una sola volta nell'arco dell'anno, delle prestazioni di seguito descritte, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate con essa (fatta salva l'eventuale offerta tecnica migliorativa inerente la possibilità di effettuare le prestazioni di cui al presente articolo anche presso il Servizio Sanitario Nazionale con rimborso integrale del relativo ticket):

- Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale PTT, Tempo di protrombina (PT), VES, TAS, Urine, Elettrocardiogramma di base.
- Per gli uomini: Elettrocardiogramma da sforzo
- Per le donne: Ecodoppler arti inferiori
- Oltre i 40 anni di età:
  - Per gli uomini: PSA (specifico antigene prostatico); Ecografia prostatica.
  - Per le donne: Mammografia, ecografia mammaria e Pap test
- Sia per gli uomini che per le donne: Epiluminescenza.
- Oltre i 50 anni di età:
  - Sia per gli uomini che per le donne: Colonscopia; Raccolta sangue occulto nelle feci.
- Per uomini e donne con età uguale o superiore a 45 anni una sola volta nell'arco dell'anno: TSH (analisi cliniche) – Ecografia tiroidea

### **D.4 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI**

Il servizio ha durata di 36 mesi dalla data di sottoscrizione del Contratto.

In caso di:

- risoluzione del Contratto
- scadenza del Contratto

Il fornitore liquida comunque quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine dell'evento e/o ricovero, qualora – entro la data di risoluzione/scadenza del Contratto – l'infortunio si sia già verificato, ovvero si sia già evidenziata, ancorché nelle sue manifestazioni iniziali, la patologia e ne sia data comunicazione al Fornitore.

### **D.5 - DURATA E DECORRENZA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVE**

Il servizio di assistenza sanitaria integrativa avrà validità di mesi **36** dalla data di sottoscrizione del Contratto. Tale termine viene stabilito con effetto dalle ore 24.00 del **xxxxxx** alle ore 24.00 del **xxxx**.

Trova in ogni caso applicazione l'articolo 106 co. 11 del D.Lgs 50/2016, per cui la durata del presente Contratto può essere prorogata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente. In tal caso il Fornitore è tenuto all'esecuzione delle prestazioni previste nel presente contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per la Committente.

## **D.6 - CENTRI CONVENZIONATI**

Il Fornitore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri convenzionati nei quali gli Assistiti possono effettuare prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche e ricoveri.

Il Fornitore dovrà rendere disponibile alla data di stipula del Contratto: una rete convenzionata, presente nel territorio Nazionale, di strutture atte a garantire la prenotazione diretta delle prestazioni oggetto del servizio di cui al presente Capitolato Tecnico pari ad almeno 180 strutture per i ricoveri; di cui almeno 1 per regione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie eventualmente previste e delle spese per servizi non previsti e fermo restando quanto disciplinato dal presente Capitolato Tecnico.

## **D.7- LIMITI DELLE PRESTAZIONI**

Sono esclusi dal servizio i rimborsi per:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- c) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- e) le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- f) le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- g) l'agopuntura non effettuata da medico;
- h) l'aborto volontario;
- i) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- j) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal paragrafo D.2 - Oggetto dei servizi di assistenza sanitaria integrativa;
- k) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- l) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assistito;
- m) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni. Le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni all'inizio

delle ostilità se ed in quanto l'Assistito risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

## **D.8 - GARANZIE ACCESSORIE**

Il fornitore dovrà fornire i seguenti servizi di consulenza, attraverso una Centrale Operativa a tale scopo dedicata raggiungibile con numero verde da telefono fisso e cellulare:

- a) informazioni sanitarie telefoniche. La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:
  - a. strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
  - b. indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
  - c. centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
  - d. farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.
- b) 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 sanitarie convenzionate con la Società.
- c) Pareri medici immediati. Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.
- d) Rientro dal ricovero di primo soccorso. Nel caso, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato 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 200 km per evento.

## **D.9 - CLAUSOLA DI PARTECIPAZIONE AGLI UTILI**

Trascorsi sei mesi dal termine dell'intero periodo assicurativo, inteso come data di cessazione del contratto, al fine di includere nel computo complessivo dei sinistri tutti quelli denunciati tardivamente, la Società redigerà un bilancio consuntivo della polizza nel quale verranno riportati:

- all'attivo: il 70% dei premi netti incassati per la quota di competenza
- al passivo: l'importo dei danni liquidati, l'importo dei danni pendenti o comunque in corso di liquidazione;

Qualora il rapporto tra sinistri e premi sia inferiore al 100% il saldo attivo risultante tra la percentuale reale riscontrata ed il 100% verrà rimborsata nella misura del 60% alla Contraente. Nel caso di saldo passivo nulla sarà dovuto alla Contraente.

## **D.10 - PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei.

In ogni caso l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi, con obbligo della Società di restituire la parte di premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 80 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

## **SEZIONE E- NORME IN CASO DI SINISTRO E RIMBORSO DELLE INDENNITA'**

### **E.1 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE**

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per sinistro e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.

#### **E.1.1. - Liquidazione della garanzia Indennità di Ricovero Ospedaliero**

Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 45 giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare all'Assicuratore, per il tramite del Broker, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.

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

La Società effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione sanitaria, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

L'indennità verrà corrisposta in Euro.

#### **E.1.2 – Prestazioni in strutture convenzionate con la Società**

L'Assicurato 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 il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato 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 o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste al paragrafo E.1.3. In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste al paragrafo E.1.3, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

### **E.1.3. – Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società**

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla Società, per il tramite del broker, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società 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 viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della copia della documentazione di spesa (distinte e ricevute), debitamente quietanzata.

L'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa tramite il portale messo a disposizione dal broker. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un Ente assistenziale per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'Ente assistenziale o dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente dal rimborso verrà detratto quanto riconosciuto dai suddetti enti.

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società, della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia in Euro.

### **E.1.4 – Prestazioni fornite dal servizio sanitario nazionale**

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto "Prestazioni in strutture non convenzionate con la Società".

La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

## **E.2 - REPORTISTICA PRESTAZIONI E SINISTRI**

Il fornitore al termine di ogni semestre, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di

decorrenza della polizza. Tale elenco, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e riportare il riepilogo delle prestazioni erogate. Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dalla Società in formato elettronico e su richiesta anche in formato cartaceo.

### **E.3 - PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio di perfezionamento viene versato dalla Contraente entro 90 giorni dalla data di decorrenza del contratto, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se non vengono pagati i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo ° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

I premi devono essere corrisposti alla Società per il tramite del Broker a cui è affidata la gestione del contratto.

### **E.4 - CONTROVERSIE**

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, le parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza ad un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti 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 il capoluogo della Regione dove dimora abitualmente l'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle 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 le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **E.5 - CLAUSOLA BROKER**

L'Ente di assistenza dichiara di avere affidato la gestione del contratto ad un Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso. La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.

### **E.6- IMPOSTE**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente per le parti di rispettiva competenza.

## **E.7. – FORO COMPETENTE**

Per ogni controversia diversa da quella prevista dal precedente “E.4 – Controversie” è competente il Foro di Roma.



## **SEZIONE F – REGOLE DI ADESIONE VOLONTARIA PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA, RELATIVI NUCLEI E NUCLEI DEGLI AVENTI DIRITTO**

### **F.1 – SOGGETTI ADERENTI AVENTI DIRITTO**

Le garanzie di polizza sono estendibili, tramite adesione volontaria e pagamento del premio a proprio carico, in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti:

- a) Nucleo familiare degli aventi diritto in servizio di cui all'articolo C.1 del presente capitolato;
- b) Personale in quiescenza iscritto all'Ente;
- c) Nucleo degli aventi diritto al servizio di cui al precedente punto b)

Resta inteso che per i soggetti aderenti, le prestazioni di polizza saranno operanti a seguito di malattia e/o infortunio purché occorsi successivamente alla data di adesione

### **F.2– REGOLE DI ADESIONE E PREMI**

La garanzia assicurativa è valida per gli assicurati nominativamente indicati nel documento di polizza o appendice relativa.

La richiesta di adesione dovrà pervenire al broker entro 45 giorni da ciascuna decorrenza annuale con effetto retroattivo alla data di decorrenza annuale.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

Le richieste di inclusione di nuovi Assicurati nel corso dell'annualità assicurativa saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione in corso di anno dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti;
- nuovi iscritti all'Ente.

In tali casi la scheda di adesione dovrà pervenire al broker entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o di decorrenza di un anno dall'iscrizione all'Ente, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

I premi previsti per le adesioni sono i seguenti:

#### **Personale in servizio:**

- Premio annuo Lordo per l'adesione di un solo familiare: € 110

- Premio annuo Lordo per l'adesione di due o più familiari: € 170

**Personale in quiescenza:**

- Premio annuo Lordo per il solo avente diritto in quiescenza: € 95
- Premio annuo Lordo per l'adesione di un solo familiare dell'avente diritto in quiescenza: € 127
- Premio annuo Lordo per l'adesione di due o più familiari dell'avente diritto in quiescenza: € 195

Se il nucleo è composto da due o più familiari, l'adesione può avvenire solo per tutto il nucleo e non solo per familiari a scelta.

## **Allegato 1- GRAVI MALATTIE**

- INFARTO DEL MIOCARDIO** Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
- CORONAROPATIA** Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie q coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
- ICTUS CEREBRALE** Accidenti cerebro-vascolari aventi (colpo apoplettico) ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.
- MALATTIA ONCOLOGICA** Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

## **Allegato 2 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **COLLO**

Gozzo retrosternale con mediastinotomia.  
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

### **ESOFAGO**

Interventi con esofagoplastica.  
Gastroectomia totale.  
Gastroectomia allargata.  
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria.  
Intervento per fistola gastro-digiunocolica.  
Mega-esofago e esofagite da reflusso.  
Cardioplastica.

### **INTESTINO**

Colectomia totale.

### **RETTO - ANO**

Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale.  
Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare.  
Operazione per megacolon.  
Proctocolectomia totale.

### **FEGATO**

Derivazioni biliodigestive.  
Interventi sulla papilla di Water.  
Reinterventi sulle vie biliari.  
Interventi chirurgici per ipertensione portale.

### **PANCREAS - MILZA**

Interventi per pancreatite acuta.  
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche.  
Interventi per pancreatite cronica.  
Interventi per neoplasie pancreatiche.

## **INTERVENTI SUL POLMONE**

Tumori della trachea.

## **CARDIOCHIRURGIA**

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi.
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale.
- Correzione impianto anomalo coronarie.
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica.
- Correzione canale atrioventricolare completo.
- Finestra aorto-polmonare.
- Correzione di:

ventricolo unico;

ventricolo destro a doppia uscita;

truncus arteriosus;

coartazione aortiche di tipo fetale;

coartazione aortiche multiple o molto estese;

stenosi aortiche infundibulari;

stenosi aortiche sopravalvolari;

trilogia di Fallot;

tetralogia di Fallot;

atresia della tricuspide;

pervietà interventricolare ipertesa;

pervietà interventricolare con "debanding";

pervietà interventricolare con insufficienza aortica.

- Sostituzioni valvolari multiple.
- By-pass aortocoronarici multipli.
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico.
- Aneurismi aorta toracica.
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio.
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto.
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

## **CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale.

Asportazione tumori dell'orbita.

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.).

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose).

Emisferectomia.

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divis per via anteriore.

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto.

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo.

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari.

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.).

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica.

Somatotomia vertebrale.

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica.

## **CHIRURGIA VASCOLARE**

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.  
Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale.

### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti. Resezioni del sacro.  
Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari.  
Disarticolazione interscapolo toracica.  
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec.  
Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto.  
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom- made".  
Emipelvectomia.  
Emipelvectomie "interne" sec.  
Enneking con salvataggio dell'arto.  
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca.  
Vertebrotomia.  
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi.  
Uncoforaminotomia.  
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale.  
Artrodesi per via anteriore.  
Interventi per via posteriore con impianti.  
Interventi per via anteriore senza impianti.  
Interventi per via anteriore con impianti.

### **UROLOGIA**

ESWL (litolissia extracorporea con onde d'urto).  
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.  
Ileo bladder.  
Cistoprostatovesicolectomia con neovescica rettale.  
Cistoprostatovesicolectomia con ileo bladder.  
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali.  
Cistoprostatovesicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi.  
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale.  
Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale.

### **GINECOLOGIA**

Isterectomia radicale cori linfadenectomia per tumori maligni per via addominale.  
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale.  
Intervento radicale per carcinoma ovarico.

### **TRAPIANTI DI ORGANI**

Tutti.