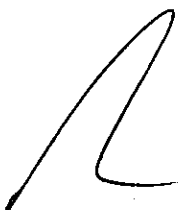




**GUIDA AL PIANO SANITARIO
INTEGRATIVO**

DIPENDENTI FINCANTIERI S.p.A.



SOMMARIO

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	3
CHI COPRE IL PIANO SANITARIO.....	4
COME ADERIRE AL PIANO SANITARIO.....	4
CONTRIBUTI.....	4
LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	5
AREA RICOVERO	5
1. Ricovero in Istituto di cura per Intervento Chirurgico Sussidiabili (vedi Allegato A).....	5
2. Indennità giornaliera per tutti i casi di ricovero a seguito di malattia o infortunio	6
2.1 Pre-ricovero e Post-ricovero	6
3. Ospedalizzazione domiciliare	6
4. Sussidio per malattie invalidanti	7
AREA SPECIALISTICA	7
5. Prestazioni di Alta Specializzazione	7
6. Pacchetto Maternità.....	9
7. Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici	10
8. Rimborso ticket.....	11
9. Cure Oncologiche	11
AREA PREVENZIONE	11
10. Prevenzione	11
AREA OCULISTICA	13
11. Interventi per la correzione dei difetti visivi	13
12. Lenti	13
AREA ODONTOIATRICA.....	14
13. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico	14
14. Prevenzione odontoiatrica.....	14
15. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	14
16. Cure dentarie da infortunio	15
AREA SOCIO SANITARIA	16
17. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio	16
18. Protesi ed ausili medici ortopedici ed acustici.....	16
19. Sussidio Maternità/Paternità.....	16
20. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per assicurati con età minima 18 anni (valida solo per l'iscritto e non per i familiari).....	16
21. Servizi di consulenza e assistenza.....	18
COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO.....	20
IL SITO INTERNET.....	21
CASI DI NON OPERATIVITA' DEL PIANO	22
ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI	23

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Le garanzie operano in caso di malattia e infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto e ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

AREA RICOVERO

Indennità giornaliera da ricovero
Pre-ricovero e Post-ricovero
Ricovero per Intervento Chirurgico Sussidiabile
Neonati
Ospedalizzazione Domiciliare
Sussidio per malattie invalidanti

AREA SPECIALISTICA

Prestazioni di Alta Specializzazione
Pacchetto maternità
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici
Rimborso ticket
Cure Oncologiche

AREA PREVENZIONE

Prevenzione oncologica e cardio-vascolare

AREA OCULISTICA

Interventi per la correzione dei difetti visivi
Lenti

AREA ODONTOIATRICA

Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico
Prevenzione odontoiatrica
Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero
Cure dentarie da infortunio

AREA SOCIO SANITARIA

Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio
Protesi ed ausili medici ortopedici ed acustici
Sussidio per maternità/paternità
Stati di non autosufficienza
Servizi di consulenza e assistenza

CHI COPRE IL PIANO SANITARIO

Il piano sanitario copre, con contributo a carico dell'Azienda

- Il dipendente
- Il coniuge o il compagno/a unito civilmente fiscalmente a carico
- I figli fiscalmente a carico anche se non conviventi senza limiti di età
- I figli fiscalmente non a carico purchè conviventi senza limiti di età

Il dipendente può decidere di estendere il piano sanitario con contributo a suo carico

- Al coniuge fiscalmente non a carico
- Al convivente more uxorio
- Al compagno/a unito civilmente fiscalmente non a carico

COME ADERIRE AL PIANO SANITARIO

Per i dipendenti Fincantieri ed i relativi nuclei come descritti al precedente punto, primo punto elenco, la copertura assicurativa è gratuita poiché il premio è a totale carico dell'Azienda.

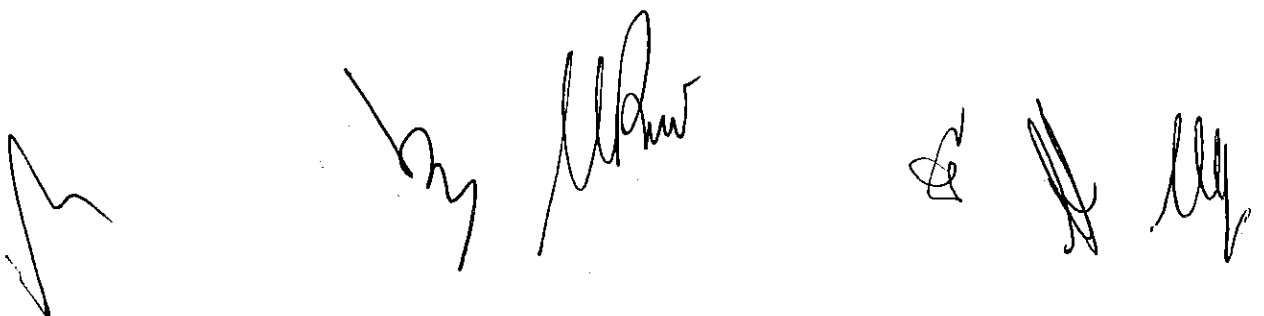
Ciascun dipendente può scegliere poi, a propria discrezione, di estendere con costo a proprio carico, la copertura al proprio coniuge non fiscalmente a carico/convivente more uxorio/unione civile.

CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni descritte di seguito, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- a) dipendente e nucleo come sopra descritto: a totale carico dell'azienda
- b) coniuge non a carico/convivente "more uxorio" / unione civile: € 180*

**il contributo da corrispondere viene trattenuto in busta paga*



NEONATI

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per interventi effettuati (vedi Allegato A) nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite nel limite annuo di € 2.000,00 per intervento.

2. Indennità giornaliera per tutti i casi di ricovero a seguito di malattia o infortunio

(ricovero con o senza intervento chirurgico, parto naturale e cesareo, aborto terapeutico, intervento chirurgico ambulatoriale, day-hospital chirurgico e medico)

L'iscritto avrà diritto ad un'indennità di € 70,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero con e senza intervento chirurgico, parto o aborto terapeutico.

In caso di intervento chirurgico ambulatoriale e day-hospital l'indennità corrisponde ad € 40,00 al giorno.

Anche se nel Sistema Sanitario Nazionale i ricoveri sono sempre gratuiti, riteniamo importante mettere a tua disposizione un importo fisso di € 70,00 per ogni giorno di ricovero sia in struttura pubblica, sia privata.

2.1 Pre-ricovero e Post-ricovero

Il Piano rimborsa le spese per tutti gli esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenute nei 120 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi il ricovero purché collegate alla malattia che ha determinato il ricovero stesso. In caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi anche i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali effettuati nei 120 giorni successivi il ricovero.

Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto.

La disponibilità annua per la garanzia di pre/post ricovero è di € 500,00 per persona.

Oltre alla diaria giornaliera, copriamo anche le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi il ricovero.

3. Ospedalizzazione domiciliare

Il piano sanitario, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, per ricovero garantito dal Piano Sanitario, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, prestazioni di ospedalizzazione

LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

AREA RICOVERO

1. Ricovero in Istituto di cura per Intervento Chirurgico Sussidiabili (vedi Allegato A)

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) onorari dei professionisti;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiali di intervento ed eventuali apparecchi protesici;
- d) retta di degenza;
- e) assistenza medica, infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche, effettuate nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000 per intervento;
- g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000 per intervento;
- h) prelievo di organi o parte di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
- i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso dovuto a grande intervento chirurgico all'estero, per un massimo di 3.000 euro.

- **In strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati**

Pagamento diretto alla casa di cura per le prestazioni erogate senza applicazione di franchigie o scoperti

Nel caso in cui l'iscritto usufruisca solo dei punti f) g) h) i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta.

- **In strutture non convenzionate il rimborso sarà pari al 80% della spesa sostenuta fino ad un massimo € 10.000 per intervento, ad esclusione del trapianto di organi che prevede un rimborso massimo di € 50.000,00 per trapianto**

- **Nel caso in cui l'iscritto fruisca del SSN avrà diritto ad un'indennità sostitutiva pari ad € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 90 giorni.**

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Abbiamo scelto per te un vasto elenco di esami, accertamenti e terapie tra quelli che si effettuano con maggiore frequenza, presentano i maggiori tempi di attesa nel

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. Verrà concordato il programma medico/riabilitativo con l'iscritto secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il limite annuo garantito corrisponde a € 10.000,00 per persona.

4. Sussidio per malattie invalidanti

All'iscritto, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino ad un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapica.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

AREA SPECIALISTICA

5. Prestazioni di Alta Specializzazione

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni eseguite indipendentemente dal ricovero.

Alta diagnostica radiologica "anche digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

La garanzia è prestata fino a un massimo di € 500,00 per anno e per nucleo familiare.

7. Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici con l'esclusione delle visite pediatriche di routine e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

E' sempre richiesta la prescrizione del medico contenente la patologia accertata o presunta.

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

In questa garanzia sono comprese non solo tutte le visite specialistiche, ma anche tutti quegli accertamenti diagnostici che non sono riportati nell'elenco dell'alta specializzazione (come ad esempio l'esame del sangue, l'elettrocardiogramma, la radiografia).

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime

- con l'applicazione di una franchigia di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico
- senza applicazione di franchigie per le visite specialistiche.

Se ci si rivolge a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato**, le spese sostenute per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico vengono rimborsate per l'80% lasciando comunque a carico dell'Isritto una quota (minimo non indennizzabile) di € 60,00.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 2.500,00 per nucleo.

Esempio:

Per una visita specialistica presso le strutture convenzionate, l'isritto non paga nulla mentre per un accertamento diagnostico di qualsiasi tipo paga solamente € 25,00.

Per un accertamento diagnostico in una struttura non convenzionata, si chiede il rimborso di una fattura di € 100,00; il 20% di € 100,00 è € 20,00. In questo caso rimangono a carico dell'Isritto € 60,00.

Per un accertamento diagnostico in una struttura non convenzionata, chiedi il rimborso di una fattura di € 350,00. Il 20% di € 350,00 è € 70,00. In questo caso rimangono a carico dell'Isritto € 70,00.

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

sistema sanitario pubblico e costi più elevati in quello privato, garantendoti in questo modo velocità di diagnosi e di cura.

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

- Il Piano garantisce il pagamento diretto nelle strutture convenzionate lasciando a carico dell'iscritto soltanto una piccola quota (franchigia) di € 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
- Se ci si rivolge a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia vengono rimborsate per l'80% lasciando comunque a carico dell'iscritto una quota minima (minimo non indennizzabile) di € 60,00.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 20.000,00 per nucleo familiare.

La patologia può essere anche solo presunta (sospettata), quindi non è necessario che sia realmente riscontrata.

Esempio:

Per una TAC presso le strutture convenzionate, si paga sempre solo € 25,00.

Per una TAC in una struttura non convenzionata, si chiede il rimborso di una fattura di € 200,00. Il 20% di € 200,00 è € 40,00. In questo caso rimangono a carico dell'iscritto € 60,00.

Per una RMN in una struttura non convenzionata, chiedi il rimborso di una fattura di € 400,00. Il 20% di € 400,00 è di € 80,00. In questo caso rimangono a carico dell'iscritto € 80,00.

6. Pacchetto Maternità

In caso di gravidanza rientrano in garanzia le seguenti prestazioni:

In strutture sanitarie convenzionate

- Ecografie di controllo
- Amniocentesi
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza
- In caso di aborto dopo il primo trimestre, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico, fino ad un massimo di 15 sedute per evento. La garanzia si attiva solo utilizzando terapeuti convenzionati
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Gamma GT
- Aspartatoaminotransferasi (GOT)
- Alaninaminotransferasi (ALT)
- Ricerca del sangue occulto fecale
- Elettrocardiogramma di base + visita Specialistica cardiologica

Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 50 anni

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecografia prostatica
- Visita urologica

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Esame delle urine
- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione
- Glicemia
- Azotemia (urea)
- Colesterolo totale e colesterolo HDL
- Trigliceridi
- Gamma GT
- Aspartatoaminotransferasi (GOT)
- Alaninaminotransferasi (ALT)
- Ricerca del sangue occulto fecale
- PAP test
- Visita ginecologica
- Papilloma virus

Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei 50 anni

8. Rimborso ticket

Rimborso integrale dei ticket sanitari per prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, diagnostica strumentale e/o di laboratorio, accesso al Pronto Soccorso, interventi chirurgici ambulatoriali e trattamenti fisioterapici riabilitativi.

Sono esclusi i ticket per le prestazioni inerenti l'odontoiatria.

Non è richiesta la prescrizione del medico; qualora sul ticket non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 7.000,00 per nucleo familiare.

9. Cure Oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche sono riconosciute le spese relative a chemioterapia e terapie radianti non effettuate in regime di ricovero o day-hospital.

Si intendono incluse anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'iscritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
- Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, vengono rimborsati integralmente i ticket sanitari.

La disponibilità annua per le prestazioni sopra elencate è di € 5.000,00 per nucleo familiare.

AREA PREVENZIONE

10. Prevenzione

Sono completamente gratuite le seguenti prestazioni di prevenzione effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

La prevenzione è il primo passo per prendersi cura di sé. Rispondiamo al bisogno di coloro che sempre più spesso desiderano mantenersi in salute mettendo a disposizione un vastissimo elenco dei più efficaci esami ed accertamenti preventivi divisi anche per sesso e per età.

AREA ODONTOIATRICA

13. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico

Il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico.

- **In strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.**
Pagamento diretto da parte alla struttura senza applicazione di alcun scoperto o franchigia nel limite annuo di € 600,00 per nucleo.
- **In strutture sanitarie private non convenzionate o effettuate da personale non convenzionato oppure effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate**
Rimborso delle spese sostenute con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura nel limite di € 300,00 per nucleo familiare (detto limite è da considerarsi come sotto limite dell'intera disponibilità annua pari ad € 600,00 se si utilizzano strutture o medici convenzionati).

14. Prevenzione odontoiatrica

Il Piano Sanitario provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari di prevenzione fruibile una volta all'anno per al massimo 2 componenti del nucleo familiare. Le prestazioni sono:

- ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo;

Verrà autorizzata una seconda seduta di ablazione del tartaro nello stesso anno assicurativo qualora il medico ne riscontri la necessità.

Restano invece a carico dell'iscritto, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

In strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati pagamento diretto alla struttura senza applicazione di scoperti o franchigie.

15. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

Il Piano Sanitario liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- Radiografia del torace (in due proiezioni)
- Mammografia bilaterale
- Visita senologica
- Ecodoppler tronchi sovraortici
- MOC

AREA OCULISTICA

11. Interventi per la correzione dei difetti visivi

Rientrano in copertura i soli interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri limitatamente a quelli effettuati:

- in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie;
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

Alcuni dei più comuni difetti visivi (miopia, astigmatismo, ecc.) sono correggibili attraverso un piccolo intervento chirurgico; noi copriamo le spese sostenute nei casi in cui tra i 2 occhi vi sia una differenza della capacità visiva superiore a 3 diottrie e nei casi in cui l'occhio abbia una incapacità visiva superiore alle 5 diottrie.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia fino ad un massimo di € 600,00 per occhio all'anno.
- Se ci si rivolge a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate integralmente fino ad un massimo di € 900,00 all'anno per nucleo familiare.
- Nel Sistema Sanitario Nazionale, verranno totalmente rimborsati i ticket sanitari nel limite di € 900,00 all'anno per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista indicante la patologia e lo specchietto oculistico attestante il visus.

12. Lenti

Vengono totalmente rimborsate all'Isritto le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 200,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus.

Mettiamo a disposizione un importo per l'acquisto di occhiali e lenti a contatto.

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

Il limite annuo garantito per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

AREA SOCIO SANITARIA

17. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio

Nel presente Piano sanitario sono comprese anche le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso ed effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.

Il Piano garantisce il pagamento diretto nelle strutture convenzionate della spesa sostenuta senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Se ci si rivolge a strutture sanitarie o a personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate per l'80% lasciando comunque a carico dell'iscritto una quota (minimo non indennizzabile) di € 50,00 per ogni ciclo di terapia.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 500,00 per nucleo familiare.

18. Protesi ed ausili medici ortopedici ed acustici

Rimborso integralmente per l'acquisto o il noleggio di protesi ortopediche, acustiche ed ausili medici.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di € 1.000,00 per nucleo familiare.

19. Sussidio Maternità/Paternità

In caso di gravidanza, indipendentemente dall'esito del parto stesso e dal numero dei figli nati viene erogata una somma di € 300,00 per evento.

Si ha diritto a tale somma quando il parto avviene dopo la ventiquattresima settimana di gestazione e spetta anche in caso di adozione, sia nazionale che internazionale secondo le disposizioni vigenti nella Repubblica italiana, indipendentemente dal numero di figli adottati (per singola pratica di adozione).

20. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente-protezione completa per assicurati con età minima 18 anni (valida solo per l'iscritto e non per i familiari)

All'effetto del Piano Sanitario, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone iscritte devono rientrare nelle seguenti condizioni di assistenza:

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

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

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 2.000,00 per nucleo familiare.

16. Cure dentarie da infortunio

Il Piano Sanitario liquida all'Isritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

- Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente alle strutture medesime con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Isritto alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.
- Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di €. 75,00 per fattura.
- Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Il Piano Sanitario rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

21. Servizi di consulenza e assistenza

CONSULENZA

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- 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.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

ASSISTENZA

In Italia

a) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Isritto, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Isritto nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

b) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto 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 500 km.

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - Lavarsi
 - Vestirsi e svestirsi
 - Andare al bagno e usarlo
 - Spostarsi
 - Continenza
 - Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

La somma mensile garantita per il complesso delle prestazioni sotto indicate, corrisponde a € 500,00 e verrà corrisposto per un massimo di 3 anni.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'iscritto nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti nello "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza".

20.1 LTC P.A.I. per il dipendente e per tutti i componenti del nucleo

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Isritto in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Isritto tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Isritto di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Isritto, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

PRESTAZIONI IN STRUTTURE CONVENZIONATE E MEDICI CONVENZIONATI

L'Isritto deve preventivamente contattare la Centrale Operativa per prenotare la prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata.

Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Isritto può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito o, in alternativa, contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito.

In caso di ricovero è necessario contattare la Centrale Operativa, per prenotare direttamente il ricovero nella struttura sanitaria convenzionata più indicata per la specifica necessità.

All'atto della prestazione l'Isritto dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate, saranno liquidate dal gestore direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

c) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'iscritto superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'iscritto ricoverato.

Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

d) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'iscritto in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'iscritto e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'iscritto e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'iscritto al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'iscritto.

All'estero

e) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'iscritto necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di Euro 150 per evento.

f) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'iscritto abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irrimediabili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'iscritto il costo di acquisto dei medicinali.

g) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'iscritto si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di

CASI DI NON OPERATIVITA' DEL PIANO

In tutti i Piani sanitari sono presenti dei casi per i quali non è previsto il rimborso (es. le cure estetiche).

Non è previsto il rimborso per:

- le prestazioni inerenti la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici fatto salvo quanto previsto ai punti "Cure Odontoiatriche, Terapie Conservative, Protesi Odontoiatriche, Ortodonzia e Prestazioni Diagnostiche Di Tipo Odontoiatrico e Ortodontico", "Prevenzione odontoiatrica", "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" e "Cure dentarie da infortunio"
- prestazioni mediche con finalità estetiche, salvo chirurgia plastica ricostruttiva resa necessaria da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'iscrizione
- trattamento di malattie conseguenti ad abuso di alcool e psicofarmaci nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto
- 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
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà secondo i criteri di cui al punto 10 "Interventi per la correzione dei difetti visivi";
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'iscritto 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'iscritto 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);
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito, l'Isritto potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati dal gestore, l'Isritto provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato

Qualora l'Isritto utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società 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 al successivo punto.

PRESTAZIONI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE

In questo caso per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Isritto dovrà inviare la documentazione necessaria:

- modulo di richiesta di rimborso debitamente compilato
- copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero
- prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante in caso di prestazioni extraricovero
- documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

PRESTAZIONI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o da esso accreditate le spese sostenute l'Isritto dovrà inviare la documentazione necessaria:

- modulo di richiesta rimborso debitamente compilato
- ticket

Per ottenere l'indennità sostitutiva, il dipendente dovrà presentare:

- modulo di richiesta di rimborso debitamente compilato
- copia della cartella clinica conforme all'originale.

IL SITO INTERNET

I dipendenti Fincantieri hanno a disposizione un sito internet in cui trovare una serie di funzionalità riservate accessibili solo tramite codice personale, tra le quali:

- verificare/aggiornare i propri dati anagrafici
- avere a disposizione il testo completo della polizza
- verificare lo stato di valutazione dei rimborsi inviati
- avere un riepilogo delle richieste di rimborso
- prenotare le prestazioni presso le strutture convenzionate
- richiedere i rimborsi delle prestazioni effettuate con upload della documentazione

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- A07 Diverticoli nell'esofago cervicale, intervento per
- A08 Diverticoli nell'esofago toracico, intervento per
- A09 Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, con linfadenectomia
- A10 Esofago cervicale, resezione con esofagostomia
- A59 Esofago, resezione parziale con esofagostomia
- A11 Esofago-gastrectomia totale per via toracolaparotomica ed eventuale linfadenectomia
- A12 Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica, sostitutiva o palliativa
- A14 Atresia esofagea, trattamento completo
- A15 Megaesofago, intervento per
- A60 Megaesofago, reintervento per
- A61 Varici esofagee, intervento transtoracico o addominale

Stomaco - duodeno

- A16 Dumping syndrome, interventi di riconversione per
- A17 Gastrectomia totale con linfadenectomia
- A62 Gastrectomia parziale, con eventuale linfadenectomia
- A50 Resezione gastroduodenale
- A63 Resezione gastroduodenale per UPPO
- A18 Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- A90 Ernia iatale, interventi per via laparoscopica

Intestino: digiuno - ileo - colon - retto - ano

- A51 Morbo di Crohn, resezione intestinale per
- A19 By-pass gastrointestinali e intestinali per patologie maligne
- A64 By-pass intestinali per il trattamento dell'obesità patologica
- A91 Resezione anse intestinali con anastomosi
- A92 Laparotomia esplorativa per neoplasie in operabili
- A93 Laparotomia esplorativa per stadiazione linfadenopatie
- A20 Colectomie totali con eventuale stomia
- A65 Confezionamento di ano artificiale, come unico intervento
- A22 Emicolectomia dx
- A23 Emicolectomia sx ed eventuale colostomia (Hartmann e altre)
- A24 Megacolon, intervento per
- A66 Megacolon, colostomia per
- A67 Colectomia segmentaria con eventuale stomia
- A69 Procto-colectomia totale
- A26 Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale stomia
- A27 Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale
- A52 Reinterventi addominali, di qualunque tipo, per ripetizioni di neoplasie comprese nel presente elenco
- A28 Amputazione addomino-perineale sec. Miles, trattamento completo
- A70 Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità
- A71 Atresia dell'ano: abbassamento addomino-perineale

ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti grandi interventi:

CHIRURGIA GENERALE

Collo

- A46 Fistole e cisti congenite del collo, asportazione di
- A55 Fistola esofago-tracheale, intervento per
- A01 Paratiroidectomia totale
- A02 Tiroidectomia totale, qualsiasi via di accesso
- A04 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale bilaterale
- A05 Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale monolaterale
- A97 Decompressione orbitopatia tiroidea
- A56 Tiroidectomia parziale solo per patologia neoplastica maligna
- A87 Linfadenectomia monolaterale e/o bilaterale (come unico intervento)
- A88 Tracheostomia con tracheotomia

Mammella

- A48 Quadrantectomia con linfadenectomie associate (anche in ricoveri diversi)
- A89 Quadrantectomia per neoplasie maligne
- A49 Ricostruzione mammaria postmastectomia radicale o semplice per cancro, comprensivo di protesi
- A06 Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- A57 Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie
- A58 Rimozione ed eventuale sostituzione di protesi mammaria precedentemente impiantata dopo mastectomia per cancro, comprensivo di protesi

Esofago

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

A83 Mascellare superiore, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale

A84 Parotidectomia totale

A98 Tumori misti ghiandole salivari, asportazione completa della ghiandola

A44 Maxillo-facciale, interventi di ricostruzione conseguenti a traumi (con esclusione fratture ossa nasali)

A45 Labiopalatoschisi, intervento correttivo

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

B20 Toractomia o torascopia esplorative per biopsia

B01 Resezione segmentaria polmonare tipica

B02 Resezione segmentaria polmonare atipica

B15 Cisti polmonari, asportazione di

B03 Lobectomia, intervento di

B16 Bilobectomia, intervento di

B04 Resezione bronchiale con reimpianto

B05 Pneumonectomia, intervento di

B06 Pleuro-pneumonectomia, intervento di

B07 Fistole esofago-bronchiali, intervento per

B17 Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi, intervento per

B08 Pleurectomia per neoplasia maligna della pleura

B21 Decorticazione pleurica

B10 Coste e sterno, interventi per neoplasie maligne

B22 Fratture costali esternali, osteosintesi

B11 Trachea, resezione e plastica per neoplasie maligne

B13 Timectomia

B18 Enfisema bolloso, trattamento chirurgico di

B23 Bolle enfisematose, resezione chirurgica

B14 Mediastino, interventi per tumori e cisti del

B24 ernia diaframmatici

B25 Frenoplicatio per relaxatio diaframmatici

B19 Linfadenectomia mediastinica

B26 Interventi per echinococchi polmonare

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

C16 Correzione chirurgica malformazioni congenite cardiache e dei grossi vasi

C18 Cardiocirurgia in C.E.C.

C19 Aneurismi aorta toracica e/o addominale, interventi per

C20 Aneurismi arterie viscerali e tronchi sovraortici, interventi per

C21 Aneurismi aorta addominale e tronchi sovraortici, intervento con posizionamento endovascolare di protesi

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

A72 Occlusione intestinale del neonato (qualunque tipo di intervento)

A73 Piloro, stenosi congenita del

Peritoneo

A29 Tumore retroperitoneale, exeresi di

A86 Omentectomia per neoplasie maligne

Fegato e vie biliari

A30 Anastomosi porto-cava o spleno-renale mesenterica-cava

A31 Deconnessione azygos-portale per via addominale

A32 Resezioni epatiche maggiori

A33 Resezioni epatiche minori

A53 Ascessi epatici, cisti epatiche di qualsiasi natura, angiomi cavernosi, intervento chirurgico per

A74 Colecistostomia per neoplasie non resecabili

A75 Coledoco-epatico-digiuno-duodenostomia con o senza colecistectomia

A76 Coledoco-epatico-digiunostomia con o senza colecistectomia

A77 Coledoco-epatico-duodenostomia con o senza colecistectomia

Pancreas - Milza

A35 Derivazione pancreatico-Wirsung digestive

A36 Cefaloduodenopancreasectomia compresa eventuale linfadenectomia

A37 Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per

A38 Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia

A39 Pancreatectomia totale con eventuale linfadenectomia

A94 Pancreasectomia sinistra senza splenectomia

A40 Pancreatite acuta, intervento demolitivo

A41 Interventi per fi stole pancreatiche conseguenti ad altri interventi

A42 Splenectomia

A99 Drenaggio epatico

A54 Interventi per echinococchi epatiche

A13 Interventi per ipertensione portale

Oro - maxillo - facciale

A78 Massiccio facciale, intervento demolitivo per neoplasie maligne con svuotamento dell'orbita

A95 Massiccio facciale, intervento per malformazioni della mandibola e della mascella

A96 Condilectomia con condiroplastica

A79 Labbro e guancia, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento della loggia sottomascellare

A80 Lingua e pavimento orale, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale

A81 Lingua, pavimento orale, ghiandole sottomascellari, intervento di asportazione di neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale

A82 Mandibola, resezione per neoplasie maligne con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- E32 Trapanazione cranica per PIC e/o drenaggio ventricolare
- E07 Ernia del disco dorsale, intervento per via trans-toracica
- E08 Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- E10 Deviazione liquorale diretta e indiretta, intervento di
- E11 Epilessia focale, intervento per
- E12 Traumi vertebro-midollari, intervento per via anteriore o posteriore
- E14 Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- E16 Ipofisi, intervento per neoplasie per via transfenoidale
- E17 Cerniera atlanto occipitale, intervento per malformazioni
- E18 Tumori intramidollari, extramidollari, intradurali, intervento di laminectomia per
- E19 Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- E20 Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- E21 Mielomeningocele, intervento per
- E27 Encefalomeningocele, intervento per
- E28 Craniostenosi
- E22 Talamotomia pallidotomia ed altri interventi similari
- E23 Fistole artero-venose terapia chirurgica diretta
- E29 Malformazione aneurismatica o angiomatosa intracranica, terapia chirurgica diretta
- E30 Malformazioni e/o fistole vascolari cerebrali, embolizzazione e/o Gamma-Knife
- E31 Tumori endocranici, embolizzazione e/o Gamma-Knife

ORTOPEDIA

Interventi cruenti di chirurgia ortopedica

- F02 Artroprotesi anca, totale
- F19 Rimozione protesi totale di anca
- F20 Rimozione e reimpianto di protesi totale di anca
- F03 Artroprotesi spalla, totale
- F04 Artroprotesi ginocchio
- F01 Artroprotesi gomito, totale
- F21 Artroprotesi totale di polso
- F22 Artroprotesi totale di caviglia
- F05 Scoliosi, intervento per
- F23 Emimelia, intervento per (trattamento completo)
- F06 Tumori ossei e forme pseudotumorali grandi segmenti o articolazioni, asportazione di
- F10 Tumori ossei e forme pseudotumorali della colonna vertebrale, asportazione di
- F11 Metastasi ossee, svuotamento ed armatura con sintesi e cemento
- F07 Emipelvectomy interne con salvataggio dell'arto
- F09 Amputazione di grandi segmenti di arti
- F12 Artrodesi vertebrale
- F13 Piede torto congenito, correzione chirurgica parti molli e/o ossee (massimale)
- F14 Pott, intervento focale con o senza artrodesi vertebrale

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- C22 By-pass aorto-iliaco o aorto-femorale, femoro-tibiale, femoro-femorale, femoro-popliteo, axillo-femorale
- C23 By-pass aorto-renale o aorto-mesenterico con eventuale TEA
- C24 By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlavio
- C25 Tromboendarteriectomia di carotide e vasi epiaortici (by-pass, patch, embolectomia, trapianto)
- C11 By-pass aorto-coronarico singolo
- C12 Rivascolarizzazione miocardia, qualsiasi metodica
- C28 Angioplastica coronaria percutanea con eventuale applicazione di stents
- C33 Angioplastica ed eventuale applicazione di stent in qualsiasi distretto arterioso periferico
- C13 Sostituzione valvolare singola
- C14 Sostituzione valvolare multipla
- C15 Valvuloplastica cardiocirurgica
- C30 Commissurotomia per stenosi mitralica
- C31 Sezione e legatura del dotto arterioso di Botallo
- C34 Difetto interatriale, correzione percutanea
- C35 Ablazione transcateretere vie elettriche anomale (CARTO)
- C36 Asportazione di tumore gnomico carotideo
- C32 Pericardiectomia

GINECOLOGIA

- D01 Eviscerazione pelvica
- D10 Isterectomia radicale con linfadenectomia
- D11 Isterectomia totale semplice con eventuale annessiectomia mono-bilaterale, qualunque via
- D12 Tumori maligni vaginali, intervento radicale per, con e senza linfadenectomia
- D07 Vulvectomia allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di
- D08 Fistole uretero-vaginali, vescicovaginali, rettovaginali, intervento per
- D13 Localizzazioni endometrioidiche addomino-pelviche-annessiali, intervento chirurgico demolitivo mono-bilaterale per via laparotomica
- D14 Aplasia della vagina, ricostruzione per
- D15 Annessiectomia bilaterale

NEUROCHIRURGIA

- E01 Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- E02 Neoplasie endorachidee, asportazione di, cordotomie, radicotomie
- E03 Tumori orbitali, asportazione di
- E04 Cranioplastica
- E05 Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali per via endocranica
- E25 Craniotomia per ematoma extradurale
- E06 Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- E26 Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo

Uretere

H05 Ureteroileoanastomosi mono-bilaterale

H18 Ureteroenteroplastiche con tasche continenti, mono-bilaterale, intervento di

H19 Neovesica continente ortotopica

Vescica

H07 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o ureteroannessiectomia con ileo o colobladder

H20 Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia

H08 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o ureteroannessiectomia con neovesica rettale compresa

H09 Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o ureteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia o ureterocutaneostomia

H10 Estrofi a vescicale (trattamento completo)

Prostata

H11 Prostatectomia radicale con linfadenectomie

Uretra

H12 Ipospadi e epispadi, trattamento completo con plastica

Apparato genitale maschile

H13 Pene, amputazione totale con linfadenectomia

H21. Pene, amputazione totale con creazione di neovagina

H14 Orchiectomia mono-bilaterale

OCULISTICA

I01 Trapianto corneale a tutto spessore

I02 Enucleazione globo oculare con impianto di protesi

I03 Osteo-odontocheratoprotesi (per tutte le fasi)

GRANDI USTIONI

L01 Grandi ustioni - trattamento chirurgico per

TRAPIANTO DI ORGANI

M01 Trapianto di cuore, polmoni, fegato, pancreas, grandi segmenti addominali, reni euro 50.000

M02 Trapianto di midollo osseo (compreso autotrapianto)

M03 Omotrapianto ed autotrapianto di cellule staminali per affezioni ematologiche

M04 Prelievo organi per omotrapianto

M05 Prelievo midollo osseo per omotrapianto

MALATTIE RARE

M06 Malattie classificate "RARE" (come previsto da D.M. della Sanità 18 maggio 2001 n. 279) interventi conseguenti o correttivi di tali malattie

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

- F15 Reimpianti di arto o suo segmento, escluso dita
- F16 Uncoforaminotomia o vertebrotomia, trattamento completo
- F17 Interventi per allungamento arti
- F18 Asportazione di neoplasie maligne dei muscoli
- F24 Melanoma cutaneo, svuotamento inguino-iliaco-otturatorio, ascellare ecc.
- F25 Frattura piatto tibiale, osteosintesi con placca
- F26 Frattura di femore, osteosintesi
- F27 Frattura di bacino, fissazione e/o osteosintesi
- F28 Interventi per costola cervicale
- F29 Interventi di stabilizzazione vertebrale

OTORINOLARINGOIATRIA

Orecchio

- G01 Atresia auris congenita
- G02 Antroatticotomia con trapanazione del labirinto
- G03 Timpanoplastica superiore al primo tipo
- G04 Neurinoma dell'ottavo paio di nervi cranici
- G05 Tumori maligni dell'orecchio, asportazione di
- G08 Mastoidectomia radicale
- G12 Otosclerosi, intervento completo
- G13 Impianto coclearie

Laringe e faringe

- G09 Laringectomia totale o parziale con o senza svuotamento laterocervicale monolaterale
- G10 Laringectomia totale o parziale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- G11 Laringofaringectomia totale
- G14 Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- G15 Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (ugulotomia) e delle corde vocali (cordectomia)
- G16 Ricostruzione della catena ossiculare
- G17 Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari

UROLOGIA

Rene e surrene

- H01 Tumori renali, nefrectomia allargata, con e senza surrenectomia
- H16 Nefrectomia semplice
- H22 Espianto di rene trapiantato
- H02 Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di
- H03 Nefroureterectomia radicale più trattamento trombocavale ed eventuale surrenectomia
- H04 Surrenectomia
- H17 Tumore di Wilms, asportazione

Dipendenti Fincantieri S.p.A.

CHIRURGIA PEDIATRICA (se neonato tutelato dalla nascita)

P01 Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

P02 Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite

P03 Correzione chirurgica di megauretere congenito

P04 Correzione chirurgica di megacolon congenito

