

CAPITOLATO SPECIALE

STAZIONE APPALTANTE

Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza Forense, di seguito detta brevemente **Cassa Forense**.

OGGETTO DELL'APPALTO

1. Polizza per copertura Sanitaria base a carico Cassa Forense per circa 250.000 titolari (Avvocati e Praticanti iscritti a Cassa Forense e dipendenti di Cassa Forense).
2. Possono beneficiare come titolari della Polizza per copertura Sanitaria base, con onere a loro carico:
 - a) i pensionati della Cassa Forense non più iscritti, senza limite di età;
 - b) i superstiti di avvocato, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, con limite di età, fissato a 90 anni;
 - c) i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza.
3. I titolari della Polizza per copertura Sanitaria base possono estendere, con onere a loro carico, la copertura assicurativa in favore dei familiari conviventi con limite di età fissato a 90 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000), ovvero del convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.
4. **Convenzione per Polizza per copertura Sanitaria Integrativa per la garanzia assicurativa dei rischi indicati in capitolato**, con onere a carico dei titolari, nonché in favore dei familiari conviventi con limite di età fissato a 85 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 - ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge). Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

Nell'offerta tecnica, i partecipanti alla gara dovranno produrre:

- 1) dichiarazione con la quale il concorrente:
 - a) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione un call-center dedicato con funzione di helpdesk per gli assicurati e per l'attivazione della garanzia in forma diretta, con almeno cinque anni di esperienza nel settore e con le seguenti caratteristiche minime:
 - I. Un numero verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 19,00;

- II. Un numero minimo di 10 operatori per turno di lavoro;
- III. La presenza contestuale di almeno 5 medici;
- IV. Servizio di prenotazione delle prestazioni assicurate.
- b) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione un sistema telematico di gestione e liquidazione centralizzata dei sinistri sia per l'assistenza diretta che in forma rimborsuale, come meglio specificato nelle condizioni di polizza.
- c) garantisca, in caso di aggiudicazione, opportuna assistenza agli iscritti alla Cassa Forense, pensionati non iscritti Cassa Forense e superstiti, per l'adesione/estensione alle polizze sanitarie;
- d) garantisca, in caso di aggiudicazione, la raccolta delle adesioni e la gestione dei sinistri attraverso un adeguato sistema centralizzato presso la stessa compagnia aggiudicataria e che Cassa Forense possa accedere alla consultazione telematica dello stato delle adesioni/estensioni nonché delle istruttorie di sinistri degli assicurati;
- e) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a mettere a disposizione degli iscritti a Cassa Forense e di coloro che hanno aderito volontariamente alle coperture assicurative tutta la propria intera rete di strutture e medici convenzionati, senza alcuna possibilità di esclusione;
- f) garantisca, ai fini della partecipazione alla procedura di gara, la presenza di tutte le strutture convenzionate autorizzate al ricovero in almeno 15 (quindici) Regioni d'Italia;
- g) si obblighi a fornire adeguato ed idoneo supporto a Cassa Forense/broker aggiudicatario di apposita procedura di gara indetta da Cassa Forense in ordine ai dati anagrafici degli assicurati e dei loro familiari, ai sinistri denunciati, ai sinistri pagati, anche suddivisi per tipologia e per classe di età, sia in forma diretta che rimborsuale che tramite per indennità sostitutiva, sia per la polizza sanitaria base che integrativa, come meglio specificato nelle condizioni di polizza.
- h) si obblighi, in caso di aggiudicazione, a trasmettere l'elenco delle strutture autorizzate al ricovero

CRITERI DI AGGIUDICAZIONE

L'aggiudicazione del presente appalto avverrà nei confronti del concorrente che avrà presentato l'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto alle esigenze dell'Ente appaltante, di cui all'art.83 del D. Lgs. 163/06 e s.m.i., sulla base dei seguenti criteri applicati complessivamente al lotto unico:

CRITERIO	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa	30
Merito Tecnico Copertura Base	50
Merito Tecnico Copertura Assicurativa Integrativa	20
TOTALE	100

A pena di esclusione l'offerta dovrà essere completa, contestuale e riguardare tutte le polizze descritte nel paragrafo denominato "Oggetto dell'appalto", di cui ai punti 1, 2, 3,4.

Tabella Elementi di Valutazione

Tabella 1

Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa (punteggio massimo: 30)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none">1.1) Prezzo Copertura per Titolari con onere a carico Cassa Forense (riferito ad una intera annualità assicurativa).	23
<ul style="list-style-type: none">1.2) Offerta Copertura - indicando un'unica percentuale di ribasso che sarà applicata ai premi specificati nei documenti di gara - per Pensionati della Cassa non iscritti, superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità), i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza e familiari dei titolari con limite di età fissato a 90 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 – ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale) - riferito ad una intera annualità assicurativa.	2
<ul style="list-style-type: none">1.3) Offerta Copertura Assicurativa Integrativa (riferito ad una intera annualità assicurativa) indicando un'unica percentuale di ribasso che sarà applicata ai premi specificati nelle condizioni del Piano Integrativo	5

Specifica dei parametri evidenziati alla Tabella 1 (Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa), punti 1.1), nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

il punteggio complessivo relativo l’offerta economica per il punto 1.1) si otterrà in ragione del seguente criterio:

- sub-punteggio massimo di 23 punti attribuito all’offerta economica più vantaggiosa, mentre, alle altre offerte saranno attribuiti punteggi inversamente proporzionali a quelli attribuiti all’offerta

più bassa e determinati ciascuno dalla seguente formula precisando che in caso di risultato decimale il punteggio sarà troncato alla terza cifra decimale:

$$\frac{\text{offerta economica più vantaggiosa} \times \text{sub-punteggio}}{\text{offerta}}$$

Specifica dei parametri evidenziati nella Tabella 1 (Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa), punto 1.2), nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”.

Sub 1.2) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 2 punti per la copertura per Pensionati della Cassa non iscritti, superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità), i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza e familiari dei titolari con limite di età fissato a 90 anni (come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 – ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale) - riferito ad una intera annualità assicurativa, verrà attribuito all’offerta economica più vantaggiosa in termini di ribasso, mentre, alle altre offerte saranno attribuiti punteggi inversamente proporzionali a quelli attribuiti all’offerta con ribasso più alto e determinati ciascuno dalla seguente formula, precisando che in caso di risultato decimale il punteggio sarà troncato alla terza cifra decimale:

$$\frac{\text{ribasso offerto} \times \text{sub-punteggio}}{\text{ribasso più alto}}$$

Specifica dei parametri evidenziati nella Tabella 1 (Offerta Economica Copertura Base ed Integrativa), punto 1.3, nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

Sub 1.3) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti per la copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito all’offerta economica più vantaggiosa in termini di ribasso, mentre, alle altre offerte saranno attribuiti punteggi inversamente proporzionali a quelli attribuiti all’offerta con ribasso più alto e determinati ciascuno dalla seguente formula, precisando che in caso di risultato decimale il punteggio sarà troncato alla terza cifra decimale:

$$\frac{\text{ribasso offerto} \times \text{sub-punteggio}}{\text{ribasso più alto}}$$

Cosicché il concorrente che offrirà il ribasso più alto (per i punti 1.2 e 1.3) otterrà il punteggio massimo e gli altri un punteggio secondo la relativa formula matematica.

Tabella 2

Merito Tecnico Copertura Base (punteggio massimo: 50)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none"> • 2.1) Valutazione indice reclami IVASS 	10
<ul style="list-style-type: none"> • 2.2) incremento indennità da convalescenza forfetaria post ricovero, day hospital, accesso ambulatoriale per chemioterapia 	5
<ul style="list-style-type: none"> • 2.3) incremento dell'importo della diaria di ricovero (indennità sostitutiva) nel caso in cui non venga chiesto alcun rimborso per eventi compresi nella Copertura di Base. 	7
<ul style="list-style-type: none"> • 2.4) Numero operatori call-center. 	5
<ul style="list-style-type: none"> • 2.5) Personale medico dipendente e consulente. 	3
<ul style="list-style-type: none"> • 2.6) Numero complessivo di convenzioni con strutture sanitarie autorizzate al ricovero distribuite sul territorio nazionale. 	7
<ul style="list-style-type: none"> • 2.7) Inserimento indennità di lunga convalescenza 	3
<ul style="list-style-type: none"> • 2.8) Efficacia e qualità della metodologia nella gestione dei sinistri in convenzionamento diretto ed a rimborso 	10

Specifica dei parametri qualitativi evidenziati alla Tabella 2 (Merito Tecnico) nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

Sub. 2.1) Il punteggio verrà attribuito in relazione all'indice dei reclami IVASS per ogni 10.000 contratti nel ramo danni escluso RC auto, con riferimento all'anno 2020 (link: <https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/reportistica-reclami/2020-ann0/index.html> file excel: All_2b_Dati_per_singola_impresa_tavola_reclami_contratti_Rami_danni_escl_Rca_2020) con la seguente formula:

$R = 10 \times N_{\min}/N$ dove:

N = indice presente sul sito IVASS relativo all'offerente;

N_{min} = indice più basso delle Compagnie offerenti;

R = punteggio attribuito.

In caso di Raggruppamento Temporaneo di Imprese ed in caso di Coassicurazione, la valutazione verrà limitata soltanto alla Società Mandataria o Società Delegataria. Il punteggio di cui sopra sarà troncato alla terza cifra decimale.

Sub. 2.2) viene attribuito, per ogni incremento di € 10,00, il valore di 1 punto fino ad un massimo di 5 punti, relativamente all'importo dell'indennità dovuta per ogni seduta di chemioterapia prevista nella garanzia per malattia oncologica di cui all'art. 28 lett. c).

Sub 2.3) viene attribuito per ogni incremento di € 10,00 dell'importo della diaria di ricovero (indennità sostitutiva) giornaliera già prevista (€ 105,00 per grande intervento chirurgico, € 80,00 per grave evento morboso e garanzia per malattia oncologica) il valore di 1 punto, fino ad un massimo di 7 punti.

Sub 2.4) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti è attribuito in base al numero di operatori componenti la centrale operativa/help desk. Viene attribuito il valore di 1 punto da 50 a 100 operatori; 3 punti da 101 a 250 operatori; 5 punti oltre 250 operatori.

Sub 2.5) il sub-punteggio stabilito fino a un massimo di 3 punti è attribuito in base al numero del personale medico dipendente e consulente. Viene attribuito il valore di 1 punto da 5 sino a 10 medici dipendenti e consulenti; 3 punti oltre i 10 medici.

Sub 2.6) il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 7 punti viene attribuito in base al numero di ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero convenzionati con la Compagnia e presenti su tutto il territorio nazionale alla data di pubblicazione del bando, idonee a garantire le prestazioni di polizza operanti in regime di assistenza diretta. Viene attribuito il valore di 1 punto da 500 sino a 1.000 strutture; 5 punti da 1.001 a 3.000 strutture; 7 punti oltre 3.000 strutture.

Sub 2.7) il sub-punteggio di 3 punti verrà riconosciuto per l'inserimento in garanzia, in caso di ricovero riconosciuto a termini di polizza per grande intervento chirurgico, per grave evento morboso o per garanzia per malattia oncologica, della corresponsione da parte della Società di una indennità di convalescenza pari ad € 50,00 per ogni giorno successivo alle dimissioni dall'Istituto di cura per un numero di giorni pari a quelli del ricovero. Detta indennità verrà corrisposta qualora nel periodo di convalescenza l'assicurato non risulti in grado di provvedere autonomamente a tre dei quattro atti elementari della vita quotidiana: vestirsi, lavarsi, deambulare, nutrirsi, sulla base di un questionario da concordare con la Compagnia aggiudicataria da compilare a cura del medico specialista.

Sub 2.8) Alla relazione tecnica relativa all'efficacia e qualità della metodologia nella gestione dei sinistri in convenzionamento diretto ed a rimborso verrà attribuito un punteggio massimo di 10 punti sulla base della valutazione della Commissione giudicatrice. La relazione tecnica dovrà essere redatta entro un massimo di tre pagine in formato A4 con un massimo di 40 righe per ciascuna che descriva le modalità operative che il concorrente intende proporre alla stazione appaltante (e di cui la stessa potrà avvalersi) per la corretta esecuzione, con riferimento alla gestione dei sinistri sia in forma diretta che in forma rimborsuale. Il concorrente dovrà descrivere le metodologie di esecuzione offerte (in termini sia organizzative che temporali), finalizzate a garantire il migliore accesso alle prestazioni ed elevati standard di servizio, tali anche da intervenire su eventuali criticità operative collegate alle attuali forme di gestione. Il punteggio sarà calcolato mediante un coefficiente variabile tra 0 e 1 assegnato discrezionalmente dai singoli commissari tramite attribuzione di un giudizio, così come indicato nella tabella seguente:

Giudizio sintetico	Coefficiente di prestazione	
Ottimo	1	le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo eccellente
Buono	0,8	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo più che adeguato
Sufficiente	0,6	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo sufficiente
Insufficiente	0,4	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo insufficiente
Scarso	0,2	Le condizioni offerte corrispondono alle necessità dei servizi in modo scarsamente adeguato

Gravemente insufficiente	0	Le condizioni offerte non corrispondono per nulla alle necessità dei servizi
--------------------------	---	--

Quindi la Commissione giudicatrice calcolerà la media dei coefficienti assegnati dai singoli Commissari al concorrente per l'elemento di valutazione 2.8 (discrezionale). Tale media sarà moltiplicata per il punteggio massimo disponibile pari a 10 punti.

Riparametrazione: Una volta terminata la predetta procedura di attribuzione dei coefficienti, qualora nessun concorrente ottenga il punteggio massimo di 10, si procederà a trasformare la media dei coefficienti attribuiti all'elemento di valutazione discrezionale 2.8 dell'offerta da parte di tutti i commissari in coefficienti definitivi, riportando ad uno la media più alta e proporzionando a tale media massima le medie provvisorie prima calcolate. Si specifica che la riparametrazione sarà effettuata esclusivamente sull'elemento di valutazione discrezionale 2.8.

Il punteggio dell'elemento di valutazione 2.8 sarà troncato alla terza cifra decimale.

Tabella 3

Merito Tecnico Copertura Assicurativa Integrativa (punteggio massimo: 20)

Sub – Punteggio

<ul style="list-style-type: none"> 3.1) Incremento importi massimali per prestazioni di alta diagnostica (art. 7) e visite specialistiche e accertamenti diagnostici (art. 8). 	3
<ul style="list-style-type: none"> 3.2) Riduzione franchigia percentuale per ricoveri in regime di assistenza indiretta (art. 5 lett. b). 	2
<ul style="list-style-type: none"> 3.3) Riduzione dell'importo minimo non indennizzabile in caso di intervento chirurgico ambulatoriale. 	5
<ul style="list-style-type: none"> 3.4) Incremento del 50% dei massimali previsti nell'allegato A della Polizza Sanitaria Base (elenco Grandi Interventi Chirurgici) per coloro che aderiscono alla Polizza Integrativa. 	5
<ul style="list-style-type: none"> 3.5) Incremento di ulteriori 30 giorni del limite temporale già previsto per le prestazioni pre e post ricovero della Polizza Sanitaria Base. 	2

<ul style="list-style-type: none"> • 3.6) Incremento dell'importo della diaria di ricovero (indennità sostitutiva) nel caso in cui non venga chiesto alcun rimborso per eventi compresi nella copertura integrativa. 	3
---	---

Specifica dei parametri qualitativi evidenziati nella Tabella 3 (Merito Tecnico Copertura Assicurativa Integrativa) nel paragrafo denominato “Tabella Elementi di Valutazione”:

Sub 3.1) ad ogni incremento di Euro 500,00 dei limiti di massimale annuo relativi alle prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche e accertamenti diagnostici, di cui agli artt. 7 e 8 della copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito il punteggio di 1 punto fino ad un massimo di 3 punti.

Sub 3.2) verrà riconosciuto 1 punto per la riduzione del 5% della franchigia percentuale prevista all'art. 5 lett. b) per ricoveri in istituto di cura/day hospital/intervento chirurgico ambulatoriale, fino ad un massimo di 2 punti pari ad una riduzione del 10%.

Sub 3.3) ad ogni riduzione di Euro 50,00 dell'importo minimo non indennizzabile in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, verrà attribuito il punteggio di 1 fino ad un massimo di 5 punti.

Sub 3.4) il sub-punteggio di 5 punti verrà attribuito per l'incremento pari al 50% dell'importo già previsto nel Capitolato Speciale dei limiti di massimale indicato per i Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato A delle condizioni della Polizza Sanitaria Base per coloro che aderiscono alla Polizza Integrativa.

Sub 3.5) il sub-punteggio di 2 punti verrà attribuito per l'incremento di 30 giorni del limite temporale già previsto per le prestazioni pre e post ricovero (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, ecc.) della Polizza Sanitaria Base, ossia per i grandi interventi chirurgici (art. 25.1 lett. f), per ricovero dovuto a grave evento morboso (art. 25.2.1 lett. c)), per trattamento medico domiciliare dovuto a grave evento morboso (art. 25.2.2 lett. d)), per ricovero con o senza intervento dovuto a malattia oncologica (art. 27).

Sub 3.6) viene attribuito per ogni incremento di € 15,00 dell'importo della diaria di ricovero (indennità sostitutiva) giornaliera già prevista (€ 105,00 per ogni giorno di ricovero) il valore di 1 punto, fino ad un massimo di 3 punti.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

a carico Cassa Forense.

DEFINIZIONI

Ai fini del presente Capitolato Speciale, ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione dimora abituale dell'assicurato.

Assicurazione il contratto di Assicurazione.

Assicuratore la Società.

Assicurati gli Avvocati, praticanti Avvocati e Avvocati pensionati iscritti alla Cassa e dipendenti di Cassa Forense (titolari di polizza).

Assistenza diretta qualora l'assicurato decida di avvalersi di una struttura medico sanitaria e di una Equipe medica convenzionati con la Compagnia per prestazioni assicurative della polizza indennizzabili, ottenuta la previa autorizzazione dalla Centrale Operativa, potrà beneficiare del pagamento diretto da parte della Compagnia, con eventuale applicazione di una franchigia o scoperto stabilita per ogni singola garanzia.

Assistenza indiretta nel caso di ricoveri in strutture non convenzionate o in strutture convenzionate in cui, però, l'equipe medico chirurgica non è convenzionata con la Società, ovvero non sia stata richiesta l'attivazione dell'assistenza diretta.

In tale situazione le spese sostenute saranno poi rimborsate entro i limiti e con le modalità stabilite dalle condizioni di Polizza.

Assistenza Infermieristica L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico diploma di laurea.

Commissione Paritetica Permanente Commissione composta da sei membri designati tre da Cassa Forense e tre dalla Società.

Contraente Cassa Forense in qualità di parte stipulante nel contratto di assicurazione in favore di terzi e che rimane estranea all'eventuale contenzioso relativo alle richieste di indennizzo e/o comunque applicazioni della Polizza.

Day Hospital Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche, mediche e/o diagnostiche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da certificazione medica, nonché il Day Surgery, il Day Service, il M.A.C. (macroattività ambulatoriale complessa) ed altre modalità di cura equiparate che, ai fini contrattuali sono assimilati e rientrano quindi nella definizione di Day Hospital.

Personale medico convenzionato professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza.

Familiari sono considerati familiari ai quali è possibile estendere la copertura assicurativa il coniuge purchè non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 90; il convivente “more uxorio” fino ad anni 90, come risultante da idonea autocertificazione ai sensi di legge; i figli conviventi senza limiti di età e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l’obbligo di mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale; nonché tutti gli altri familiari conviventi risultanti dallo stato di famiglia dell’iscritto ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

Franchigia Importo fisso, applicato entro il limite di indennizzabilità del sinistro, che rimane a carico dell’Assicurato.

Grandi Interventi Interventi elencati nell’apposita sezione di polizza (**Allegato A**).

Gravi Eventi Morbosi Eventi elencati nell’apposita sezione di polizza (**Allegato B**).

Indennizzo somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura ospedale pubblico, clinica o casa di cura privata con sede anche all’estero, con esclusione di stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituti di cura convenzionati Strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l’Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l’assicurato, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Nucleo familiare Assicurato e i familiari di cui alla definizione precedente.

Polizza documento che prova l’assicurazione.

Premio somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell’assicurazione.

Ricovero degenza, documentata da cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Rischio probabilità che si verifichi un sinistro.

Sinistro Fatto dannoso per il quale è prestata l’assicurazione.

Società Compagnia di assicurazione.

Società delegataria Compagnia prescelta dalle Società coassicuratrici a stipulare il contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE – POLIZZA

Art. 1 – Oggetto.

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati nella presente polizza; gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.. La presente copertura opera senza soluzione di continuità con le precedenti polizze assicurative sottoscritte in convenzione da Cassa Forense in favore dei titolari, fin dalla data di prima copertura, nonché per le eventuali estensioni/adesioni della garanzia assicurativa perfezionate, di annualità in annualità, in favore/da parte degli ulteriori soggetti assicurabili.

Art. 2 – Soggetti.

Le garanzie di cui alla presente polizza sono prestate a favore dei titolari, ossia:

- degli iscritti a Cassa Forense;
- di tutti coloro che, a qualsiasi titolo, percepiscano una pensione Cassa Forense, purchè iscritti;
- dei dipendenti di Cassa Forense.

L'assicurazione è prestata per il ricovero in strutture medico sanitarie, pubbliche o private, determinato dalla necessità di un Grande Intervento o per un Grave Evento Morboso, intendendosi per tali quelli compresi negli appositi elenchi allegati A e B e delle ulteriori prestazioni previste nel piano sanitario base. Ciascun titolare di polizza che goda della copertura assicurativa di cui sopra, potrà, a proprie spese, estenderla a favore di tutti i componenti aventi diritto del proprio nucleo familiare. Possono, inoltre, continuare ad usufruire della copertura assicurativa attraverso la facoltà di estensione della stessa, con onere a proprio carico, i pensionati della Cassa Forense non iscritti e i superstiti (titolari di pensione indiretta e di reversibilità e nei limiti delle prestazioni previste per i familiari a carico) di avvocati iscritti alla Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza. Per l'iscritto la copertura è in continuità assicurativa sia nella forma diretta che nella forma rimborsuale. Per i familiari, per i Pensionati non iscritti e per i superstiti, la copertura del Piano Base decorre in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 1 aprile di ciascuna annualità assicurativa, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso da parte della Società del relativo premio.

Inclusione di nuovi iscritti in corso d'anno.

Si intendono, altresì, assicurati i professionisti iscritti alla Cassa Forense nel corso del periodo di durata del contratto con decorrenza dalla data del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa; il rateo di

premio relativo verrà pagato all'atto del conguaglio con le modalità previste dal successivo art. 3. Analoga disposizione si applica in favore dei dipendenti della Cassa assunti nel corso dell'annualità assicurativa, con decorrenza della copertura assicurativa dalla data di assunzione.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento/delibera di iscrizione intervenuto nel corso del primo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia assicurativa della Polizza copertura sanitaria base entro i 60 giorni successivi alla data del provvedimento/delibera di iscrizione, previo versamento del relativo premio, nella misura stabilita all'art. 3. La validità della copertura assicurativa base per i familiari avrà la medesima decorrenza stabilita per l'iscritto, ossia dalla data del provvedimento di iscrizione alla Cassa.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento/delibera di iscrizione intervenuto nel secondo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno estendere al proprio nucleo familiare i benefici della garanzia assicurativa della Polizza copertura sanitaria base a decorrere dalla successiva annualità assicurativa.

Esclusione di iscritti in corso d'anno.

Il venir meno dei requisiti di copertura previsti per i titolari non produce effetto ai fini della presente polizza per l'anno assicurativo nel quale viene accertata dalla Cassa Forense la carenza dei requisiti stessi.

Art. 3 – Ammontare e pagamento del premio.

Il premio/contributo annuale sarà versato dalla Cassa Forense, esclusivamente a favore titolari, in 4 rate trimestrali anticipate, con conguagli semestrali per gli iscritti in corso d'anno. Il premio/contributo annuo previsto per ciascun titolare si stabilisce presuntivamente in Euro 115,00 comprensivo di oneri e tasse, per un totale di Euro 28.750.000,00 per ciascuna annualità, a fronte di circa 250.000 titolari, e per un totale per il triennio di Euro 86.250.000,00. Per gli iscritti nel corso del primo semestre dell'annualità assicurativa, la Cassa provvederà a versare il premio/contributo come sopraindicato, alla scadenza del primo semestre. Per gli iscritti nel secondo semestre dell'annualità assicurativa, la Cassa provvederà a versare il premio/contributo nella misura ridotta del 50%, alla scadenza del secondo semestre.

Relativamente alla facoltà di adesione/estensione della Polizza copertura sanitaria base, con onere a proprio carico, gli iscritti, i pensionati della Cassa Forense non iscritti, i superstiti (titolari di pensione indiretta e di reversibilità e nei limiti delle prestazioni previste per i familiari a carico), i dipendenti della Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza dovranno versare un premio/contributo annuo previsto per ciascun assicurato sulla base delle seguenti fasce di età, determinate alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa:

- € 180,00 comprensivo di oneri e tasse fino a 49 anni di età;
- € 260,00 comprensivo di oneri e tasse da 50 anni di età a 65 anni di età;

- € 340,00 comprensivo di oneri e tasse da 66 anni di età.

La stazione appaltante, a pena di esclusione, non considererà valide le offerte in aumento o pari agli importi individuali previsti nel presente articolo.

Art. 4 - Durata contrattuale e recesso.

La polizza ha durata triennale con cadenza della copertura assicurativa annuale. La polizza decorre dalle ore 00,00 del 01 aprile 2022 con scadenza alle ore 24,00 del 31 marzo 2025.

Cassa Forense potrà recedere dal contratto in ogni momento, con preavviso di almeno 30 giorni e senza che la società appaltatrice possa vantare alcun diritto e/o indennità.

Art. 5 – Modifiche dell'assicurazione.

Le condizioni di cui al presente Capitolato non sono modificabili.

Art. 6 – Oneri fiscali.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 7 – Foro competente.

Per la risoluzione di eventuali controversie il foro competente è quello di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art.8 – Legittimazione alla partecipazione ai giudizi relativi all'indennizzo.

Cassa Forense non è legittimata a partecipare o intervenire nei giudizi sull'indennizzo, spettando la relativa legittimazione attiva e passiva solo all'assicurato e alla Compagnia di Assicurazione.

Art. 9 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 10 – Massimale assicurato

Il massimale è pari ad Euro 260.000,00 per ciascun Assicurato e per ogni anno.

In caso di estensione della copertura assicurativa a favore dei componenti del nucleo familiare del titolare il massimale resta unico ed è pari ad € 260.000,00 per l'intero nucleo familiare.

Art. 11 - Modalità trasmissione dati

Cassa Forense si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei dati degli iscritti tramite tracciato record.

Art. 12 - Spese

La società aggiudicataria si impegna a predisporre per ogni annualità ed a proprie spese apposito materiale informativo, concordandone i contenuti con la Contraente, da pubblicare sui rispettivi siti internet e per l'utilizzo di ogni forma di comunicazione che verrà concertata tra le Parti.

La predisposizione del materiale informativo dovrà avvenire entro 30 giorni dalla stipula del contratto affinché i titolari possano esercitare eventualmente l'estensione della copertura assicurativa ai familiari. Tutte le relative eventuali spese sono interamente a carico della Società. Tali impegni riguardano anche il Piano individuale integrativo ad adesione.

Art. 13 –Criteri di liquidazione

I rimborsi avverranno secondo le seguenti modalità:

- a) in caso di assistenza diretta, con utilizzo di strutture ed equipe mediche convenzionate con la Compagnia e previa richiesta di preliminare attivazione alla Compagnia stessa, è previsto il pagamento diretto delle spese da parte dell'Assicuratore alle strutture medico sanitarie per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza;
- b) per il ricovero in strutture sanitarie convenzionate in cui non è stata attivata preventivamente l'assistenza diretta, o non convenzionate con la Compagnia, è previsto il rimborso entro i limiti di massimale indicati nell'Allegato A, delle spese sostenute per le prestazioni erogate; analogamente nel caso in cui il personale medico e sanitario non sia convenzionato con la Compagnia. Per la richiesta di rimborso occorre trasmettere l'apposito modulo, debitamente compilato e corredato dalla documentazione medica completa, comprensiva dei relativi accertamenti, e da copia della documentazione di spesa;
- c) Day-hospital e M.A.C.: ai fini della rimborsabilità del sinistro si precisa che gli interventi ricompresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) ed i ricoveri con intervento chirurgico rientranti nella garanzia per malattia oncologica non trovano limiti ai fini della garanzia né per la durata né per il tipo di ricovero;
- d) nel caso in cui non venga chiesto alcun pagamento diretto o rimborso per eventi compresi nella Polizza copertura sanitaria base sarà riconosciuta una indennità sostitutiva:
 - per Grande Intervento Chirurgico per un importo pari ad euro 105,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 30 giorni;
 - per Grave Evento Morboso per un importo pari ad Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero e per un massimo di 30 giorni;
 - per garanzia per malattia oncologica per un importo pari ad Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero e per un massimo di 30 giorni;

e) La Compagnia si obbliga a liquidare i sinistri entro 30 giorni dalla presentazione dell'intera documentazione attinente la relativa pratica (cartella clinica, fatture e notule debitamente quietanzate). Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 c.c.).

Art. 14 – Limite di età

Per i titolari della Polizza copertura sanitaria base ed i pensionati della Cassa Forense non più iscritti non è previsto alcun limite di età.

Per i familiari, per i quali i titolari ed i Pensionati non iscritti alla Cassa Forense richiedano l'estensione della Polizza, è previsto il limite di età massimo di 90 anni. Tale limite vige anche per i superstiti (titolari di pensione indiretta o di reversibilità).

Art. 15 – Operatività delle garanzie

Premesso che la presente polizza opera in favore dei titolari e di coloro che hanno aderito volontariamente alla garanzia assicurativa senza soluzione di continuità con le precedenti coperture sanitarie sottoscritte da Cassa Forense, la polizza prevede che:

- la copertura relativa ai “Grandi Interventi Chirurgici” (Allegato A) e la garanzia per malattia oncologica comprende anche le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di decorrenza della polizza, diagnosticate o meno. Si precisa, altresì, che rientrano in garanzia di copertura assicurativa anche i Grandi Interventi Chirurgici e le prestazioni chirurgiche previste nella garanzia per malattia oncologica che nel corso del tempo hanno subito e subiranno, alla luce delle nuove tecnologie disponibili, nuove procedure e/o metodi;

- la copertura relativa ai “Gravi Eventi Morbosi (Allegato B)” comprende tutte le malattie diagnosticate per la prima volta in data successiva a quella di decorrenza della Polizza messa a disposizione da Cassa Forense, anche se le patologie siano insorte precedentemente alla data di decorrenza della polizza. Ai fini dell'operatività della garanzia, l'assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo e, comunque, la patologia deve aver comportato la riduzione della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66% della totale comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Società.

Art. 16 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti (tale esclusione non è operativa per i Grandi Interventi previsti di chirurgia pediatrica presenti nell'Allegato A –Grandi Interventi Chirurgici);
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto volontario/non a fini terapeutici e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.) ancorché qualificate come cliniche o istituti di cura;
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paradontopatie non rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (fermo quanto previsto alla lettera "j" dell'art. 25 "Rischi assicurati");
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- m) le conseguenze di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.

Art. 17 – Persone non assicurabili

Le persone affette da tossicodipendenza, sindrome da HIV, alcolismo, non sono assicurabili e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini di cui all'art. 1898 del C.C.. In tal caso il premio viene rimborsato.

Art. 18 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o internazionale) dove si verifica il sinistro. Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in Euro.

Art. 19 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto alla facoltà di surroga prevista dall'art. 1916 del c.c. verso i terzi responsabili.

Art. 20 – Gestione della Polizza

Cassa Forense si impegna a trasmettere alla Società l'aggiornamento dei dati degli Assicurati, tramite tracciato record.

La Società:

- a) raccoglie le adesioni tramite le comunicazioni fatte pervenire da Cassa Forense;
- b) garantisce assistenza telefonica;
- c) acquisisce la documentazione relativa al sinistro;
- d) si obbliga a comunicare con cadenza mensile a Cassa Forense le aperture e le gestioni di sinistro e le liquidazioni operate nel mese stesso, sia quelle relative alle richieste di rimborso o indennità sostitutiva, sia quelle relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta. I dati verranno forniti tramite supporto elettronico attraverso la compilazione e la trasmissione degli appositi moduli che si allegano al presente capitolato alla lettera A, B, C e che costituiscono parti integranti del contratto stesso, contenenti i seguenti parametri: numero di sinistro, indicazione del beneficiario della prestazione (iscritto, familiare dell'iscritto, pensionato non iscritto/superstite, familiare del pensionato non iscritto/superstite, dipendenti Cassa Forense, familiari dei dipendenti di Cassa Forense), dati anagrafici (anno di nascita, codice assicurato), garanzia attivata (polizza base, polizza integrativa), prestazione effettuata (denominazione intervento o indicazione grave evento morboso, ecc.), tipologia sinistro, tipologia prestazione (grande intervento chirurgico, grave evento morboso, malattia oncologica, prevenzione, ricovero polizza integrativa, ecc.), tipologia sotto prestazione (rette di degenza, onorari medici, visite pre e post ricovero, ecc.), modalità di fruizione (diretta, indiretta, SSN), data sinistro, data apertura, data prestazione e sotto prestazione, stato sinistro (liquidato, riservato, rigettato) data di definizione (liquidazione, sospensione, reiezione) ed eventuali giorni di diaria spettanti, importo richiesto ed importo liquidato/riservato; la comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il quindicesimo giorno dalla fine del mese cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto;

- e) si obbliga a comunicare con cadenza trimestrale a Cassa Forense, attraverso supporto elettronico tramite la compilazione e la trasmissione dell'apposito modulo che si allega al presente capitolato con la lettera D e che costituisce parte integrante del contratto stesso, le statistiche (di ciascun periodo assicurativo, dalla data di inizio della copertura a quella di termine del trimestre di elaborazione), riepilogative dei sinistri diretti ed indiretti (con evidenza di quelli effettuati anche presso il SSN), liquidati riservati e rigettati, suddivisi in base alle tipologie di garanzia e singola tipologia di prestazione e singola sotto prestazione medica e sanitaria, con indicazione del numero dei sinistri per ciascuna delle garanzie e del numero delle singole prestazioni e del numero delle sotto prestazioni, oltre che dell'importo richiesto, pagato e riservato (relative e ai suddetti sinistri, prestazioni e sotto prestazioni). La comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il quindicesimo giorno dalla fine del trimestre cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto. Si obbliga, inoltre, a comunicare con cadenza semestrale a Cassa Forense il contenzioso intercorso con gli assicurati con decisione passata in giudicato, unitamente all'esito della decisione stessa, con indicazione del numero ed anno della decisione e del numero di iscrizione al ruolo generale. La comunicazione deve pervenire a Cassa Forense non oltre il trentesimo giorno dalla fine del semestre cui è riferita e l'obbligo decorre dalla data di inizio della validità del contratto. Cassa Forense si riserva il diritto di procedere ad accertamenti e verifiche, anche a campione;
- f) fornisce a Cassa Forense le motivazioni delle reiezioni affinché possa verificarne l'effettiva correttezza;
- g) mette a disposizione di Cassa Forense apposito portale dedicato per la verifica dello stato dei singoli sinistri (assistenza diretta, assistenza indiretta, SSN);
- h) mette a disposizione di Cassa Forense apposito portale dedicato per la verifica delle adesioni/estensioni effettuate nonché trasmette a Cassa Forense entro 30 giorni dalla scadenza del termine per effettuare le adesioni/estensioni stesse, l'elenco nominativo dei familiari cui è stata estesa la copertura assicurativa, unitamente a coloro che hanno aderito alla polizza integrativa, con i relativi dati anagrafici (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita). Analogo elenco dovrà essere trasmesso entro il medesimo termine per i pensionati non iscritti/superstiti.

In ogni caso Cassa Forense potrà richiedere implementazioni alle informazioni relative ai dati mensili, trimestrali e semestrali (lett. d, lett. e); le informazioni con le nuove modalità indicate dovranno essere rese disponibili dalla Società entro sessanta giorni dalla richiesta.

La Società si impegna a fornire i suddetti dati, compresi gli aggiornamenti degli stessi, sino a due anni oltre la data di cessazione della Convenzione.

La Società si impegna altresì a fornire a Cassa Forense ogni informazione utile circa i sinistri (sia diretti che indiretti), oltre che la relativa documentazione medica e di spesa; la Società si impegna, infine, a fornire a Cassa Forense ogni assistenza utile in merito ai sinistri.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale e Cassa Forense applicherà una penale pari ad € 500,00 per ogni giorno di ritardo, il cui importo verrà detratto dal pagamento del premio alla prima scadenza utile; nel caso in cui l'inadempimento si protraesse per più di 30 giorni dalla richiesta è facoltà della Cassa dare luogo alla risoluzione del contratto.

Art. 21 – Rinuncia al recesso dal contratto

La Società in deroga all'art. 1898 del c.c., non può recedere dal contratto.

Art. 22 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri designati tre dalla Cassa Forense e tre dalla Società. La Commissione verifica anche l'andamento della Polizza ed esamina la gestione amministrativa delle controversie aventi ad oggetto l'obbligo di indennizzo, la tipologia e la durata della malattia o infortunio, la misura dei rimborsi e liquidazioni dell'indennità.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. La Commissione si riunirà con cadenza bimestrale in modo da poter riscontrare le richieste degli assicurati entro il termine di 60 giorni dalla richiesta.

In caso di controversia tra la Società e l'assicurato, quest'ultimo, prima di avviare l'azione giudiziale, è tenuto a sottoporre la problematica all'esame della Commissione Paritetica, la quale, entro 60 giorni dalla segnalazione ricevuta, deve fornire le proprie valutazioni. Decorso tale termine, l'assicurato potrà in ogni caso esperire gli strumenti di tutela previsti dall'ordinamento.

Art. 23 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere trasmesse con lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Art. 24 – Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni prevista sul bando di gara, la Società concorderà la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

Art. 25 - RISCHI ASSICURATI

Art. 25.1 - Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (ALLEGATO A).

La Società provvede al pagamento per le spese sostenute a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico indicato nell'allegato A delle condizioni di polizza nelle seguenti modalità:

- regime di assistenza diretta - pagamento diretto ed integrale alle strutture medico-sanitarie convenzionate e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza previa autorizzazione della Compagnia;
- regime di assistenza indiretta – rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate o in caso di mancata richiesta di autorizzazione all'attivazione dell'assistenza diretta alla Compagnia, delle sottoelencate spese, dovute a ricovero per grande intervento chirurgico indicato nell'allegato A delle condizioni di polizza; il rimborso avverrà entro i limiti di massimale previsti per l'intervento;

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'Allegato A, le seguenti spese:

- a) Per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) Per diritti di sala operatoria;
- c) Per il materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) Per assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) Per rette di degenza;
- f) Per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero per prestazioni sanitarie, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche, tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero. In tale ambito si intendono compresi i ricoveri per cure, accertamenti ed interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi. In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto nel limite di 180 giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

g) Per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera, fino al limite di euro 110,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni, coincidenti con il periodo di ricovero dell'Assicurato;

h) Per spese di assistenza infermieristica individuale fino ad un importo di euro 2.600,00 massimo per anno;

i) Per viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di euro 4.000,00 per anno assicurativo per ricoveri in Stati della UE ed euro 8.000,00 per anno assicurativo per ricoveri nel resto del mondo; il trasporto è rimborsabile se effettuato con:

- Aereo sanitario (aereo/ambulanza e eliambulanza);
- Aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- Treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- Ambulanza senza limiti di percorso;
- Nell'ipotesi in cui venga utilizzata una vettura, il rimborso (carta carburante, spese di noleggio e taxi), da documentare, non potrà essere superiore all'importo del biglietto ferroviario di prima classe.

Tali spese sono rimborsabili se sostenute nel giorno di ricovero o nel giorno precedente e nel giorno di dimissione o nel giorno successivo;

j) Per acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.200,00 per persona e nucleo familiare, purché conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;

k) Per costi di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.000,00 in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro risarcibile a termini di polizza;

l) Qualora l'assicurato subisca nell'ambito di un unico intervento due o più Grandi Interventi Chirurgici (elencati analiticamente nell'allegato A), il criterio di liquidazione che verrà adottato dalla Compagnia sarà quello di indennizzare per intero il massimale più alto tra gli interventi subiti ai quali aggiungere il 50% dei massimali relativi ai restanti interventi. Qualora, invece, l'assicurato subisca due o più Grandi Interventi Chirurgici in due distinti atti operatori, sebbene effettuati durante lo stesso ricovero, la Società erogherà gli importi di rimborso dei due Grandi Interventi considerando i relativi limiti di massimale al 100%.

m) L'indennizzo è previsto per gli interventi compresi nell'elenco di cui all'allegato "A" anche se eseguiti con tecniche operatorie diverse o aggiornate purché rientranti nella medesima tipologia.

Art. 25.2 - Gravi Eventi Morbosi (ALLEGATO B).

Trattasi di eventi morbosi che determinano un ricovero senza intervento chirurgico o trattamento medico domiciliare alla condizione che, anche se insorti precedentemente alla data di decorrenza della polizza, siano stati diagnosticati per la prima volta in costanza di assicurazione messa a disposizione da Cassa Forense in favore di tutti gli iscritti con le diverse Compagnie che, nel corso degli anni, si sono susseguite nella gestione della copertura assicurativa a decorrere dalla data di copertura dell'assicurato, comunque non antecedente al 1 aprile 2001 comportino una riduzione permanente della capacità lavorativa generica pari o superiore al 66% della totale comprovata da certificazione medica che potrà essere sottoposta a verifica da parte della Società. Ai fini dell'operatività della garanzia, l'assicurato è da intendersi convenzionalmente guarito in presenza, nei cinque anni successivi al grave evento morboso precedentemente diagnosticato, di un follow-up negativo.

Art. 25.2.1 - Gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

Le spese riconosciute in caso di ricovero sono:

- a) rette di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 30 giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali, tutte le prestazioni sanitarie effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza;

Tali spese di cui ai sopra punti a), b), c), d) vengono rimborsate entro il limite massimo di euro 20.500 per anno.

Sono comprese anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g) i) j) k) riportati nell'art. 25.1.

Art. 25.2.2 - Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare.

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare sono:

- a) visite specialistiche;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;

d) spese per prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, sostenute nei 180 giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale.

Tali spese di cui ai sopra punti a) b) c) d) vengono rimborsate entro il limite massimo di euro 20.500 per assicurato.

Sono compresi anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g) i) j) k) riportati nell'art. 25.1.

Art. 26 - Day Hospital - MAC

È equiparato al ricovero in Istituto di cura per gli interventi ricompresi nell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici (Allegato A) che saranno quindi garantiti anche in regime di day hospital o MAC. Tale disposizione si applica anche in caso di prestazioni dovute a malattia oncologica in regime di day hospital, non altrimenti rimborsabili a termini di polizza come garanzia per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi Morbosi, si rimanda all'art. 27 – garanzia per malattia oncologica; le prestazioni con intervento riconducibili alla garanzia per malattia oncologica non trovano limiti ai fini della garanzia né per la durata né per il tipo di ricovero.

Art. 27 - Ricovero per malattia oncologica

Nel caso di ricovero – anche in regime di Day Hospital o MAC - dovuto a malattia oncologica, non altrimenti rimborsabile a termini di polizza come garanzia per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi Morbosi, la Società provvede al pagamento per le spese sostenute nelle seguenti modalità:

- a) regime di assistenza diretta - pagamento diretto ed integrale alle strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate, previa autorizzazione della Centrale Operativa della Compagnia, per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza;
- b) regime di assistenza indiretta – rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate, o in caso di mancata attivazione dell'assistenza diretta, delle sottoelencate spese, non altrimenti rimborsabili a termini di polizza come garanzia per Grandi Interventi Chirurgici:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - i diritti di sala operatoria;
 - il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);

- assistenza medica ed infermieristica, purché richiesta dallo specialista, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subìto;
- rette di degenza.

La Società rimborsa le sopraelencate spese con i seguenti limiti annui:

- in presenza di ricovero con intervento chirurgico nel limite annuo di € 16.000,00
 - in assenza di intervento chirurgico nel limite annuo di € 11.000 in caso di ricovero di durata superiore a 3 giorni (il Day Hospital è da intendersi equiparato al ricovero).
- c) indennità sostitutiva - nel caso in cui non venga chiesto alcun rimborso per ricoveri rientranti nella garanzia per malattia oncologica sarà riconosciuta una indennità sostitutiva di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per una durata massima di 30 giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato. Tale indennità non è cumulabile con la diaria da chemioterapia prevista al successivo art. 28 in caso di ricovero/day hospital per chemioterapia.

Si precisa, inoltre, che, nell'ambito di tale garanzia, la Società rimborsa le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, esami effettuati nei 30 giorni precedenti e successivi all'evento ricovero, day hospital o MAC rimborsabile a termine di polizza.

Art. 28 - Garanzia per malattia oncologica per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e diaria da chemioterapia

La Società, nell'ambito della copertura per malattia oncologica, garantisce le visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati e diaria da chemioterapia. Tale copertura opera con massimale annuo per assicurato o nucleo familiare di € 1.800,00, con le seguenti modalità:

- a) per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici – anche di alta Diagnostica se non previsti nell'elenco di cui all'art 30 - effettuati in assistenza diretta, ossia in strutture convenzionate con personale medico anch'esso convenzionato e previa autorizzazione della Centrale Operativa della Compagnia, con applicazione di una franchigia di € 50,00 per prestazione e limite massimo di indennizzo pari ad € 150,00 per prestazione;
- b) per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati in assistenza indiretta, ossia in strutture non convenzionate o con personale medico non convenzionato o in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa della Compagnia, con applicazione di uno scoperto per prestazione pari al 25% e limite massimo di indennizzo pari ad € 120,00 per prestazione.
- c) indennità da convalescenza forfetaria post ricovero, day hospital, accesso ambulatoriale per chemioterapia (l'indennità non opera per qualsiasi altra terapia oncologica diversa da

chemioterapia): è prevista la corresponsione di una indennità di € 50,00 per seduta di terapia effettuata in regime di ricovero, day hospital, accesso ambulatoriale, MAC; sono da considerarsi esclusi ai fini del riconoscimento dell'indennità di convalescenza eventuali ricoveri, day hospital, accessi ambulatoriali necessari per effettuare accertamenti e/o comunque strumentali ed accessori rispetto alla somministrazione della terapia. L'importo è corrisposto per ciascun ricovero, day hospital, accesso ambulatoriale MAC e non per ogni giorno di convalescenza eventualmente prescritto alla dimissione del paziente.

Ai fini dell'operatività delle garanzie di cui ai soprariportati punti a) e b) è necessario produrre certificazione medica con indicazione di diagnosi di accertata patologia oncologica.

Art. 29 - Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

Art. 30 – Alta Specializzazione

La Società indennizza le spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere: Ecocolordoppler, Risonanza Magnetica Nucleare, Scintigrafia, Tomografia Assiale Computerizzata (TAC).

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.200,00 per persona e/o per nucleo familiare.

In caso di accesso a strutture sanitarie non convenzionate con la Società o di mancata attivazione dell'assistenza diretta è prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di euro 75,00 per ogni prestazione.

In caso di accesso a strutture sanitarie convenzionate e previa attivazione dell'assistenza diretta tramite la centrale operativa, la Società provvede direttamente alla prenotazione per conto dell'assicurato, dietro richiesta del medesimo ed al pagamento diretto ed integrale delle relative spese, ad eccezione di una franchigia di € 75,00 che dovrà essere versata direttamente dall'assicurato alla struttura sanitaria.

Avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale, i tickets sanitari a carico dell'Assicurato vengono rimborsati integralmente.

Art. 31 – Prevenzione

La Società provvede direttamente al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate da ciascun assicurato al massimo due volte nel triennio in strutture sanitarie convenzionate con la Società stessa previa autorizzazione della Centrale Operativa:

- per tutti, Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, LDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale (PTT), Tempo di protrombina (PT), VES, Urine, Elettrocardiogramma;

- oltre i 50 anni di età:

per gli uomini, Ricerca sangue occulto feci, Radiografia polmonare, Ecodoppler TSA, PSA (specifico antigene prostatico);

per le donne, Ricerca sangue occulto feci, Radiografia polmonare, Ecodoppler TSA, Mammografia o Ecografia mammaria.

Per poter effettuare la radiografia polmonare, la mammografia e l'ecografia mammaria è necessaria una prescrizione medica (D.Lgs. 187/2000).

L'assicurato potrà trasmettere i referti delle suindicate prestazioni di prevenzione alla Compagnia che, entro i 10 giorni successivi, invierà riscontro sullo screening eseguito.

Il massimale annuo per le prestazioni di prevenzione sopraindicate è pari ad euro 1.500,00 per assicurato e/o per nucleo familiare.

Art. 32 - Consulenza e assistenza

La Società dovrà garantire, a mezzo del call center e con le modalità già anticipate nel presente Capitolato Speciale per quanto riguarda la copertura assicurativa base Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, i seguenti servizi di consulenza:

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa dovrà fornire 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, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- 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 con la Società.

Servizi di assistenza

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica e tramite video consulto urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti, anche di natura psicologica limitatamente alle patologie oggetto della copertura.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca 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'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui 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 500 km.

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato 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'Assicurato ricoverato.

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

g) Trasferimento in centro medico specializzato

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

- 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'Assicurato.

All'estero

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato 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 farà carico delle spese di soggiorno nel limite di € 150,00 per evento.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato 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 telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato 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'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- 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'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà

di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Qualora non sia possibile organizzare il servizio di rimpatrio entro 4 giorni dalla richiesta, la Società provvederà a rimborsare le spese entro il limite di € 10.000,00.

ALLEGATO 'A' - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

I limiti di rimborso contenuti nel presente allegato devono intendersi omnicomprensivi di quanto rimborsabile per singolo evento ad eccezione del costo del materiale protesico e dei presidi terapeutici applicati durante l'intervento.

ANALGESIA

Blocco dell'ipofisi € 5.394

CHIRURGIA GENERALE

Collo

Trattamento ferite profonde del collo € 6.960
Asportazione della ghiandola sottomascellare € 4.640
Asportazione di cisti, fistole e neoformazioni del collo € 3.364
Linfectomia cervicale bilaterale € 10.440
Linfectomia cervicale mono lacerale € 5.046
Interventi sulla tiroide:
Cisti della tiroide € 6.960
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale € 7.308
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia associata € 13.862
Interventi per gozzo retrosternale € 6.902
Interventi per gozzo retrosternale con mediastinotomia € 8.236
Interventi sulle paratiroidi (otorinolaringoiatria) € 12.760
Faringotomia ed esofagotomia € 16.240
Interventi per diverticolo dell'esofago (otorinolaringoiatria) € 11.600
Interventi di resezione totale o parziale dell'esofago € 15.080
Dissezione radicale del collo € 8.120
Escissione dotto tireoglosso € 6.960

Addome (parete addominale)

Trattamento ernia di Spigelio € 3.500
Intervento per relaxatio diaframmatica € 5.500
Laparotomia per drenaggio di peritoniti € 9.860
Laparotomia esplorativa per occlusione senza resezione € 8.642
Resezione intestinale da occlusione € 13.340
Laparotomia operativa con sutura viscerale € 9.280
Intervento per ernia inguinale complicata e/o recidiva € 5.684
Intervento per ernia crurale complicata e/o recidiva € 5.684
Ernia ombelicale complicata e/o recidiva € 5.684
Ernia epigastrica complicata e/o recidiva € 5.684
Laparocele post-operatorio € 6.670
Laparocele complicato € 6.670
Intervento per ernie diaframmatiche € 11.020
Ernie muscolari rare (muscolo-ischiatiche, muscolo-otturatorie, muscolo-lombari, ecc.) € 6.670
Intervento per ernia iatale € 11.600
Linfadenectomia peritoneale € 9.280
Trapianto viscerale € 58.000

<i>Peritoneo</i>	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 11.020
<i>Esofago</i>	
Miotomia secondo Heller per acalasia	€ 3.500
Intervento chirurgico per snd di Mallory Weiss	€ 5.000
Trattamento di varici esofagee	€ 2.320
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 11.890
Interventi con esofagoplastica	€ 10.614
Intervento per megaesofago	€ 12.180
<i>Stomaco</i>	
Impianto di pace-maker per gastroparesi	€ 5.000
<i>Stomaco, duodeno</i>	
Gastrosopia operativa	€ 2.320
Duodenoscopia operativa	€ 3.480
Gastrostomia	€ 4.930
Gastro-enterostomia	€ 11.600
Resezione gastrica	€ 12.586
Gastroectomia totale e/o allargata	€ 20.880
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 16.240
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 15.660
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 13.340
Interventi per malattia da reflusso gastro-esofageo	€ 13.340
Cardioplastica	€ 11.600
Vagotomia	€ 8.700
Trapianto di stomaco	€ 58.000
<i>Intestino</i>	
Intervento per diverticolo di Meckel sintomatico	€ 4.000
Intervento chirurgico per fistola entero-cutanea (non complicanza da intervento chirurgico)	€ 8.500
Enterostomia, ano artificiale e chiusura	€ 9.048
Enteroanascomosi	€ 7.308
Resezione del tenue	€ 9.280
Emicolectomia destra o sinistra	€ 11.890
Colonscopia operativa	€ 2.436
Colectomia totale	€ 11.252
Colectomie parziali	€ 8.642
Appendicectomia con peritonite diffusa	€ 6.670
Polipectomia per via laparotomia	€ 3.480
Fistole entero-enteriche	€ 12.180
Anastomosi entero-esofagee	€ 8.700
Trapianto di intestino	€ 58.000
<i>Retto-Ano</i>	
Estrazione di corpi estranei dal retto con intervento	€ 6.960

Rectosigmoidoscopia operativa	€ 1.624
Interventi per ascesso perianale	€ 4.002
Interventi per ascesso del cavo ischio-rettale	€ 4.698
Operazione per emorroidi solo se recidive	€ 5.336
Operazione per ragadi solo se recidive	€ 8.120
Interventi per neoplasie del retto – ano	€ 6.670
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 7.946
Prolasso del retto	€ 4.698
Interventi per megacolon	€ 17.400
Proctocolectomia totale	€ 17.400

Fegato

Intervento chirurgico per malattia epatica policistica	€ 11.000
Packing epatico	€ 11.000
Drenaggio di ascesso epatico	€ 12.760
Interventi per echinococchi	€ 13.340
Resezioni epatiche	€ 12.586
Derivazioni biliodigestive	€ 8.642
Interventi sulla papilla di Water	€ 7.946
Reinterventi sulle vie biliari	€ 14.500
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	€ 2.726
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 12.760
Epatotomia e coledocotomia	€ 16.820
Papillotomia per via transduodenale	€ 12.760
Deconnessione azigos-portale per via addominale	€ 12.760
Esplorazione chirurgica delle vie biliari	€ 4.350
Trapianto di fegato	€ 58.000
Metastasectomia multipla	€ 13.340

Pancreas -Milza

Interventi per pancreatite acuta	€ 16.820
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 9.280
Interventi per pancreatite cronica	€ 8.700
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 10.614
Splenectomia	€ 9.860
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatica	€ 10.614

Torace - parete toracica

Asportazione di tumori benigni della mammella	€ 4.698
Interventi per tumori maligni della mammella	€ 8.642
Toracotomia esplorativa	€ 6.670
Talcaggio pleurico	€ 3.364
Resezione costali	€ 9.860
Correzioni di malformazioni parietali	€ 13.224
Decompressione Stretto Toracico Superiore	€ 13.340

Interventi sul mediastino

Interventi per tumori	€ 20.880
-----------------------	----------

Interventi su polmone - bronchi - trachea

Bullectomie in paziente con BPCO	€7.000
Decorticazione pleurica	€7.000
Interventi per ferite del polmone	€11.600
Interventi per ascessi	€8.700
Interventi per fistole bronchiali	€17.400
Interventi per echinococco	€8.700
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari e pleurici	€13.224
Pneumectomia	€13.224
Pleuropneumectomia	€19.778
Broncoscopia operativa	€2.030
Tumori della trachea	€23.200
Resezione bronchiale con reimpianto	€25.520
Timectomia	€11.600
Trapianto di polmone	€58.000
Timectomia per via cervicale	€12.180

Cardiochirurgia e chirurgia toracica

Occlusione percutanea dell'auricola sinistra	€7.000
Peridardiotomia	€7.000
Tutti gli interventi:	
a cuore chiuso	€12.586
a cuore aperto per difetti valvolari singoli non complicati	€13.862
a cuore aperto per difetti valvolari complessi o complicati	€16.530
Interventi di by-pass aorto-coronarici per insufficienza coronaria	€10.440
Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio	€26.680
Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento	€7.656
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€7.946
Fistole arterovenose polmonari	€17.400
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€17.400
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€17.400
Trapianto cardiaco	€58.000
Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale	€16.240

Neurochirurgia

Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare	€3.480
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€12.586
Intervento per encefalomeningocele	€16.820
Intervento per craniostenosi	€16.240
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€16.240
Interventi per traumi cranio cerebrali	€16.240
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€11.890
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€16.240
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€11.600
Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale	€5.800
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€15.660

Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 11.600
Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici	€ 6.960
Intervento sulla ipofisi	€ 15.834
Asportazione tumori dell'orbita	€ 12.180
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)	€ 17.168
Trattamento chirurgico per malformazioni aneurismatiche	€ 17.168
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche	€ 16.240
Radiochirurgia stereotassica per neoplasie cerebrali	€ 9.918
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 13.224
Emisferectomia	€ 19.778
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore o posteriore	€ 14.558
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 16.240
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili	€ 15.196
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore	€ 16.240
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 23.200
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 23.200
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 17.400
Endoarterectomia della arteria carotide e/o della arteria vertebrale	€ 23.200
Laminectomia decompressiva per neoplasie	€ 11.890
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 11.600
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)	€ 16.240
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 11.252
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 14.558
Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore	€ 12.586
Somatotomia vertebrale	€ 17.400
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 11.252
Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica	€ 18.502
Spondilolistesi	€ 13.340
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocèle, mielomeningocèle, etc.)	€ 19.778
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 17.400
Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro	€ 5.800
Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza	€ 8.120
Registrazione della pressione intracranica	€ 2.030
Radiochirurgia stereotassica	€ 6.380
Radiochirurgia gammaknife	€ 6.380
<i>Nervi periferici</i>	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 7.946
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 15.080
Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, nefrotomie, nevrectomie, decompressive	€ 7.946
Interventi sul plesso brachiale	€ 20.880
<i>Interventi sul sistema nervoso simpatico</i>	
Simpatiectomia cervico-toracica	€ 13.340
Simpatiectomia lombare	€ 9.860

CHIRURGIA VASCOLARE

Sutura arterie periferiche	€ 11.600
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 14.500
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 11.890
Lagatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 11.600
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 16.240
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 12.760
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 14.500
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 11.020
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 13.224
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 9.918
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 11.890
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 16.240
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 11.020
Trombectomia venosa periferica cava	€ 8.642
Legatura vena cava inferiore	€ 9.918
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 11.890
Interventi per innesti di vasi	€ 9.918
Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale	€ 15.196
Anastomosi mesenterica-cava	€ 12.760
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 12.760
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 9.280
Reintervento per varici recidive	€ 5.974
Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale e aorta toracica	€ 14.036
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 9.918

CHIRURGIA PLASTICA

Cranio

Tecnica dei tre lembi di Orticochea	€ 4.000
-------------------------------------	---------

Torace

Ricostruzione mammaria in Sd di Poland	€ 4.000
--	---------

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

Generalità

Trasferimento di lembo libero microvascolare	€ 8.642
--	---------

Cranio-faccia e collo

Gravi e vaste mutilazioni del viso	€ 40.600
Riduzione frattura orbitaria	€ 10.614
Cranioplastica	€ 11.774
Coloboma	€ 5.800
Rare deformità cranio facciali	€ 15.834
Labioschisi bilaterale	€ 9.860
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 11.600
Palatoschisi totale	€ 9.860

Interventi di push-bach e faringoplastica	€ 8.120
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 6.670
Intervento per anchilosi temporo mandibolare	€ 8.120
Ricostruzione della emimandibola	€ 11.600
Progenismo, laterognazia, prognatismo (per ogni tempo operatorio)	€ 14.558
Plastica per paralisi del nervo facciale: (per ogni tempo operatorio) statica –dinamica	€ 8.120

Torace ed addome

Malformazione della gabbia toracica	€ 15.834
Ricostruzione della parete addominale	€ 11.600
Ricostruzione mammaria post-mastectomie sottocutanee (protesi escluse)	€ 5.336
Ricostruzione mammaria post-mastectomia radicale (protesi escluse)	€ 6.670
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 10.614
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 23.200
Ricostruzione vaginale	€ 15.080
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 7.946

Arti

Malformazioni complesse delle mani	€ 15.080
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 9.860
Morbo di Dupuytren	€ 5.974
Ricostruzione del pollice	€ 20.880
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 20.880
Neuroraffia	€ 5.800
Linfedema arti inferiori	€ 9.280
Neurolisi	€ 2.726

Plastica estetica (interventi ammessi solo se compresi in garanzia)

Rinoplastica correttiva (se vi è danno funzionale)	€ 2.726
Rinosettoplastica (se vi è danno funzionale)	€ 6.670
Settoplastica (se vi è danno funzionale)	€ 4.698

CHIRURGIA PEDIATRICA - Operazioni pediatriche tipiche

Addome (parete addominale)

Onfalocele	€ 4.000
------------	---------

Intestino - occlusioni intestinali del neonato

Intervento chirurgico per invaginazione intestinale con resezione intestinale	€ 5.500
Cranio bifido con meningocele	€ 16.240
Cranio bifido con meningoencefalocele	€ 17.400
Craniostenosi	€ 11.020
Idrocefalo ipersecretivo	€ 16.240
Fistola auris congenita	€ 16.240
Torcicollo miogeno congenito unilaterale	€ 8.120
Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato	€ 9.860
Linfangioma cistico del collo	€ 15.080
Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica	€ 13.340
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica	€ 15.080

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)	€ 23.200
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)	€
25.520	
Atresia congenita dell'esofago	€ 23.200
Fistola congenita dell'esofago	€ 15.660
Torace ad imbuto e torace carenato	€ 20.880
Ipertensione portale nel bambino (applicazione di sonda) trattamento chirurgico	€ 13.340
Stenosi congenita del piloro	€ 8.700
Occlusione intestinale del neonato:	
a) malrotazione bande congenite, volvolo	€ 9.860
b) atresie necessità di anastomosi	€ 15.080
c) ileo meconiale:	
ileostomia semplice	€ 8.120
resezione secondo Mickulicz	€ 16.240
resezione con anastomosi primitiva	€ 17.980
Atresia dell'ano semplice:	
a) abbassamento addomino perineale	€ 17.980
b) operazione perineale	€ 11.600
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:	
abbassamento addomino perineale	€ 18.560
Prolasso del retto:	
a) cerchiaggio anale	€ 4.060
b) operazione addominale	€ 12.760
Stenosi congenita dell'ano:	
a) plastica dell'ano	€ 11.600
Teratoma sacrococcigeo	€ 11.252
Megauretere:	
a) resezione con reimpianto	€ 15.080
b) resezione con sostituzione di ansa intestinale	€ 17.400
Nefrectomia per tumore di Willms	€ 20.880
Spina bifida:	
a) meningocele	€ 18.560
b) mielomeningocele	€ 20.880
Megacolon:	
a) clostomia	€ 8.120
b) resezione anteriore	€ 17.400
c) operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson	€ 25.520
Esonfalo	€ 8.700
Fistole e cisti dell'ombelico:	
a) dell'uraco	€ 11.600
b) del canale onfalomesenterico con resezione intestinale	€ 16.240
Correzione di truncus arteriosus	€ 16.240
Correzione di ventricolo destro a doppia uscita	€ 16.240
Interventi per correzioni malformazioni nel primo anno di vita	€ 8.700

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Arto inferiore

Giroplastica	€ 18.000
--------------	----------

<i>Arto superiore</i>	
Artroplastica di gomito	€ 5.000
<i>Piede</i>	
Protesi di caviglia	€ 8.500
Astraglectomia	€ 2.500
Artrodiatasi della caviglia	€ 2.000
<i>Interventi incruenti:</i>	
Riduzione di fratture-lussazioni della colonna vertebrale	€ 10.614
<i>Interventi cruenti:</i>	
Resezioni ossee	€ 8.120
<i>Amputazioni:</i>	
a) medi segmenti	€ 5.800
b) grandi segmenti	€ 8.120
<i>Pseudoartrosi:</i>	
a) grandi segmenti	€ 9.918
Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione	€ 11.890
Osteosintesi di tibia con viti	€ 6.670
Osteosintesi di tibia con viti e placca	€ 7.946
Osteosintesi di tibia infibulo endomidollare	€ 9.280
Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale	€ 6.670
Osteosintesi collo femore (per frattura o epifisiolisi)	€ 9.280
Osteosintesi di omero	€ 6.670
Costruzione di monconi cinematica	€ 8.120
Interventi per costola cervicale	€ 9.860
Scapulopessi	€ 8.120
Asportazione di tumori ossei	€ 13.224
Trapianti ossei o protesi diafisarie	€ 15.080
Pseudoartrosi congenita di tibia	€ 14.500
Trattamento delle dimetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni	€ 11.600
Osteosintesi di clavicola, rotula	€ 5.336
Osteosintesi di avambraccio	€ 5.336
Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali	€ 6.960
Resezioni articolari	€ 8.120
Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti	€ 13.224
Resezioni del sacro	€ 9.860
Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari	€ 14.500
Disarticolazioni: media -grande	€ 16.240
Disarticolazione interscapolo toracica	€ 17.980
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto	€ 16.240
Resezioni artrodiarfisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"	€ 18.560
<i>Resezioni del radio distale:</i>	
a) artrodesizzanti (trapianto o cemento)	€ 11.600
b) con trapianto articolare perone-pro-radio	€ 13.340
Emipelvectomia	€ 16.240

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto	€ 15.834
Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)	€ 23.200
Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:	
a) artrodesizzanti (trapianto o cemento+infibulo femore-tibiale)	€ 11.600
b) sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"	€ 20.880
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	€ 11.600
Sinovialectomie articolari: medie articolazioni – grandi articolazioni	€ 6.670
Artroplastiche con materiale biologico:	
a) piccole	€ 5.336
b) medie	€ 9.860
e) grandi	€ 7.946
Acromioplastica anteriore	€ 6.670
Traslazione muscoli cuffia	€ 6.670
Trattamento lussazione recidivante spalla anteriore	€ 11.020
Trattamento lussazione recidivante spalla posteriore	€ 7.946
Plastica per lussazioni recidivanti (ginocchio)	€ 7.308
Artroscopia chirurgica:	
a) biopsia della sinoviale	€ 3.364
b) asportazione dei corpi mobili	€ 5.974
c) sinoviectomia	€ 5.974
d) condrectomia	€ 4.002
e) laterale release	€ 8.120
Ricostruzione dei legamenti articolari	€ 9.280
Applicazione dei compressori	€ 9.860
Artrodesi:	
a) medie (piedi, polso, gomito)	€ 6.960
b) grandi (spalla, anca, ginocchio)	€ 6.670
Artrolisi: ginocchio -piede	€ 4.002
Riduzione cruenta lussazione congenita anca	€ 11.020
Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)	€ 17.400
Intervento di coxolisi	€ 9.860
Asportazione corpi estranei o mobili endoarticolari	€ 8.700
Protesi totale di spalla	€ 17.400
Artroprotesi di anca	€ 17.168
Protesi totale per displasia d'anca	€ 23.200
Intervento di rimozione di protesi d'anca	€ 5.336
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.504
Artroprotesi di ginocchio	€ 14.558
Artroprotesi di gomito	€ 12.760
Endoprotesi di Thompson	€ 14.500
Protesi cefalica di spalla	€ 16.240
Protesi di polso	€ 9.280
Emiartroplastica	€ 13.340
Vertebrotomia	€ 13.224
Biopsia vertebrale a cielo aperto	€ 6.960
Dissectomia per via anteriore per ernia cervicale	€ 12.586
Dissectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi	€ 20.880

Uncoforaminotomia	€ 13.224
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale	€ 26.680
Osteosintesi vertebrale	€ 13.224
Pulizia focolai osteitici	€ 8.120
Artrodesi per via anteriore	€ 17.400
Interventi per via posteriore:	
a) senza impianti	€ 11.890
b) con impianti	€ 14.558
Interventi per via anteriore:	
a) senza impianti	€ 19.778
b) con impianti	€ 22.504

Tendini - Muscoli - Aponeurosi

Tenoplastiche, mioplastiche o miorraffe	€ 4.002
Tenotomie, miotomie e aponeurotomie	€ 5.220
Trapianti tendinei e muscolari	€ 9.860
Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito	€ 8.700
Deformità delle mani e dei piedi, compreso alluce valgo (sindattilia, polidattilia e simili)	€ 7.540
Interventi correttivi per deformazioni delle dita (boutonnière – Swan neck ecc.)	€ 11.890
Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)	€ 20.880
Ricostruzioni tendinee polso e mano	€ 8.120
Sindesmotomia	€ 8.120
Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie (retrazione cicatriziale, Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio	€ 13.224
Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)	€ 15.834
Iniezione di cemento per cedimenti vertebrali	€ 6.380

UROLOGIA

Rene

Renoraffia post-traumatica	€ 5.500
E.S.W.L. (litotrixxia extracorporea con onda d'urto)	€ 9.280
Decapsulazione	€ 8.120
Nefropessi	€ 8.700
Lombotomia	€ 8.700
Lombotomia per biopsia chirurgica	€ 8.700
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 11.020
Nefrectomia semplice	€ 7.308
Nefrectomia parziale	€ 12.586
Nefrectomia allargata per tumore	€ 15.834
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 25.520
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 12.586
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 17.400
Nefroureterectomia totale	€ 18.502
Nefrostomia o pielostomia	€ 5.336
Pielotomia	€ 6.670
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 12.760
Trapianto renale	€ 58.000
Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 15.080

<i>Surrene</i>	
Surrenalectomia	€ 12.586
Asportazione di adenoma del surrene	€ 8.700
<i>Uretere</i>	
Ureteroplastica	€ 8.642
Ureterolisi	€ 4.698
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 7.946
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 14.500
Ureterocistoneostomia con sovrapposizione vescicole	€ 10.614
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 16.240
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 13.340
Sigmoidostomia	€ 12.180
<i>Vescica</i>	
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 9.280
Emitrignonectomia	€ 6.670
Ileo bladder	€ 12.760
Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia	€ 17.400
Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale	€ 20.880
Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder	€ 20.880
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 17.400
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 15.660
Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 15.834
Diverticolectomia con U.C. N.	€ 11.600
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 14.500
Cervicocistopessi o colposospensione	€ 5.336
Ileo e/o colonicoplastiche	€ 17.400
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 23.200
<i>Prostata</i>	
Adenomectomia da neoplasia prostatica	€ 10.614
Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico	€ 5.336
Prostatectomia radicale	€ 18.502
<i>Uretra</i>	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 15.080
Uretrectomia	€ 6.670
<i>Apparato genitale maschile</i>	
Amputazione totale del pene	€ 13.340
Orchidopessi bilaterale	€ 11.600
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 7.946
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 6.670
Riparazione fistole scrotali o inguinali	€ 8.120
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 11.600

Orchiectomia allargata per tumore € 18.560

NEFROLOGIA

Fav:

Impianto di materiale protesico € 5.800

Reimpianto di un ramo dello Shunt € 2.900

OSTETRICIA

Trasfusioni intrauterine € 4.060

Rivolgimento ed estrazione podalica € 11.020

Laparotomia per gravidanza extrauterina € 12.760

Fetoscopia € 5.220

GINECOLOGIA

Utero

Isterectomia subtotale € 6.500

Plastica vaginale anteriore e posteriore per colpocistorettocele € 7.946

Interventi sull'ovaio e salpingi: annessiectomia, asportazione di saetosalpinge, tumori solidi, resezione ovarica € 7.308

Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia) € 10.614

Colpoisterectomia con o senza annessiectomia € 9.280

Metroplastica per via laparotomia € 7.946

Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero € 7.308

Salpingoplastica € 7.946

Vulvectomia radicale € 11.252

Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio (2° look) € 4.698

Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi o con rivestimento epidermico € 11.600

Riparazione chirurgica di fistola:

Ureterale € 11.020

Vescico-vaginale € 12.760

Retto-vaginale € 12.760

Intervento trattamento incontinenza urinaria:

Incervento per via vaginale (op. di Kelly) € 9.860

Intervento per via addominale (colposospensione sec. Burch - operazione di Marshall - Marchetti, ed altri) € 7.946

Intervento combinato (intervento a fionda, ed altri) € 9.918

Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale € 15.834

Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale € 15.660

Vulvectomia allargata con linfadenectomia € 20.880

Intervento radicale per carcinoma ovario € 7.946

Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma) € 8.120

Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele € 13.340

OCULISTICA

Trapianto corneale a tutto spessore € 7.946

Odontocheratoprotesi € 8.758

Cheratomia radiale esclusi vizi di rifrazione € 5.046

Cheratomilleusi esclusi vizi di rifrazione € 9.280

Epischeratoplastica	€ 8.700
<i>Retina</i>	
Intervento di rivascularizzazione coroido retinica	€ 5.500
Intervento di distacco (mediante diatermocoagulazione o criocoagulazione)	€ 5.336
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia diabetica anche se in più sedute	€ 2.030
Resezione sclerale	€ 8.120
Cerchiaggio o piombaggio	€ 5.974
<i>Orbita</i>	
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 13.920
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione di diplopia	€ 16.820
<i>Operazioni per Glaucoma</i>	
Trabeculectomia	€ 7.540
Iridocicloretrazione	€ 11.020
<i>Bulbo oculare</i>	
Enucleazione, exenteratio	€ 6.960
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 11.020
<i>Varie</i>	
Vitrectomia	€ 6.670
Trattamento laser per neoformazione iridea	€ 1.160
OTORINOLARINGOIATRIA	
<i>Laringe</i>	
Exeresi di diaframma laringeo	€ 4.000
<i>Orecchio esterno</i>	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 11.252
Exeresi di neoplasia del padiglione, con svuotamento linfoghiandola	€ 4.060
<i>Orecchio medio ed interno</i>	
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 11.600
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 14.500
Legatura della vena giugulare previa mastoidotomia	€ 8.700
Apertura di ascesso cerebrale	€ 16.240
Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)	€ 5.974
Ricostruzione della catena ossiculare	€ 5.336
Interventi per otosclerosi	€ 7.946
Distruzione del labirinto	€ 9.860
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 7.308
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 14.500
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 16.820
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 15.080
Sezione del nervo cocleare	€ 23.200
Sezione del nervo vestibolare	€ 20.880

Neurinoma dell'VIII paio	€ 23.200
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 12.180
Asportazione di tumori del temporale	€ 8.700
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 9.280

Naso e seni paranasali

Operazione radicale per sinusite mascellare (Operazione di Calwell-Luc)	€ 7.018
Svuotamento etmoide per via transmascellare	€ 4.698
Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)	€ 5.800
Trattamento chirurgico di mucocele frontoetmoidale	€ 10.440
Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni	€ 13.224
Apertura del seno sferoidale	€ 9.860
Intervento per fibroma duro rinofaringeo	€ 6.670
Chirurgia della fossa pterigomascellare (legatura arteria mascellare interna, sezione del nervo vidiano, ecc.)	€ 17.980

Cavo orale e faringe

Tumori parafaringei	€ 11.890
Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc.)	€ 8.120
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 7.308
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 7.656

Ghiandole salivari

Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale	€ 5.800
Asportazione della parotide	€ 6.670
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 12.180

LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO

Laringe

Cordectomia per via tirotomica	€ 6.786
Laringectomia parziale	€ 15.080
Laringectomia sopraglottica	€ 15.080
Laringectomia totale	€ 16.820
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.560
Laringofaringectomia	€ 15.660
Interventi per paralisi degli abduuttori	€ 13.340

Collo (vedere anche: Chirurgia generale)

Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 9.860
Asportazione di neoformazioni benigne profonde	€ 1.392
Incisione di flemmoni profondi	€ 2.320
Intervento per laringocele	€ 8.700
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 11.020
Esofagotomia cervicale	€ 9.860
Asportazione di fistole congenite	€ 12.760
Svuotamento sottomandibolare unilaterale	€ 5.800
Svuotamento sottomandibolare bilaterale	€ 7.540

Svuotamento laterocervicale unilaterale	€7.540
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€10.440
Chiusura di faringostoma	€5.220
Chiusura di fistola esofagea	€5.220
Plastiche laringotracheali	€8.700
Legatura di grossi vasi	€11.600
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€13.340

STOMATOLOGIA

Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€1.276
Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)	€1.624
Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)	€1.856

PROTESI

(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purché l'infortunio medesimo sia certificato da Pronto Soccorso o analoga struttura ospedaliera cui sia fatto immediato ricorso)

Protesi fissa

Corona a giacca in ceramica vetrosa e allumina	€870
Corona oro-ceramica fresata	€1.276

Protesi mobile

Protesi mobile totale per arcata con denti in resina	€1.856
Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana	€2.494
Protesi scheletrata in lega preziosa	€3.712

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Cranio

Intervento per osteonecrosi da bifosfonati	€3.500
Protesi temporo mandibolare	€5.000

Mandibola

Ricostruzioni nervose sensitive del nervo alveolare	€3.500
Osteoartrotomia (anchilosi ATM)	€7.540
Frattura del condilo e del coronoide (trattamento chirurgico-ortopedico)	€7.540
Frattura dei mascellari (esclusa apparecchiatura): terapia chirurgica	€5.974
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€11.600
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€17.400
Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare	€8.700

Osteosintesi

Terapia chirurgica post-traumatica delle malformazioni maxillo-facciali (progenismo, prognatismo, laterodeviiazione mandibolare, morsus apertus, micrognazie, retrusioni inferiori e superiori)	€13.224
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€13.224
Plastiche per paralisi facciali:	
Statica	€8.120
Dinamica	€11.020
per tempo operatorio	€6.960
Push-bach e faringoplastica	€7.308

RADIOLOGIA INTERVENTISTICA

Vie biliari

Colecistostomia percutanea	€3.500
Arteriografia polmonare con fibrinolisi e disostruzione meccanica bilaterale delle arterie polmonari	€15.080
RCP (endoscopiche retrograde cholangiopancreatography) + papillosfinteromia + protesi (metallo o plastica)	€7.656
TIPS (shunt portosovraepatico)	€16.820
Posizionamento di stent gastrointestinali (esofagei, duodenali, colici, etc.)	€5.510
Posizionamento di stent tracheali	€4.640
Posizionamento di stent arteriosi iliaco femorali	€11.020

ALLEGATO “B”

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

Si considerano «grave evento morboso» le seguenti patologie:

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- ulcere torpide e decubiti
- sovrinfezioni
- infezioni urogenitali
- ipertensione instabile
- neuropatie
- vasculopatie periferiche

Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- dispnea
- edemi declivi e stasi polmonare
- ipossiemia
- aritmie

Cardiopatía ischemica

Insufficienza cardiaca congestizia

Angina instabile

Aritmie gravi

Infarto e complicanze

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni:

- acuta
- edema polmonare
- cronica in trattamento riabilitativo
- con ossigenoterapia domiciliare continua
- con ventilazione domiciliare
- cronica riacutizzata

Insufficienza renale acuta

Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)

Neoplasie maligne - accertamenti e cure

Leucemie e linfomi maligni

Emolinfopatie sottoposte a trapianto midollare

Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%

Patologie neuromuscolari evolutive

Sclerosi multipla

Sclerosi laterale amiotrofica

Miopatie

Ustioni gravi (terzo grado) con estensioni almeno pari al 20% del corpo

Vasculopatie ischemico-emorragico-cerebrali

M. di Parkinson, caratterizzato da marcata riduzione attività motoria e dal mantenimento della stazione eretta con difficoltà

Stato di Coma

Alzheimer

Paraplegia

Pancreatite acuta

Encefalite acuta

Cirrosi epatica

Epatite fulminante con necrosi epatica

Anemia aplastica con necessità di almeno una delle seguenti terapie:

- emotrasfusioni
- agenti stimolanti il midollo
- agenti immunosoppressivi

Perdita della parola

AIDS per emotrasfusioni in cui:

- l'infezione deve esser contratta in seguito a trasfusione ritenuta indispensabile nell'interesse della sopravvivenza dell'assistito
- la trasfusione deve essere stata eseguita dopo la stipula della polizza presso strutture sanitarie private o pubbliche
- la struttura sanitaria deve confermare la propria azione colposa

Tutti i ricoveri in terapia intensiva

Agenesia cerebellare

Atassia cerebellare ereditaria di Marie

Atassia di Friedreich

Atassia di Friedrech-Like
Corea di Huntington
Degenerazione epatocerebrale
Degenerazione lenticolare oputaminale familiare
Distrofia di Duchenne:
Distrofia di Becker
Distrofia muscolare oculo-gastro-intestinale
Distrofia di Erb
Distrofia di Landouzy-Dejerine
Granulomatosi di Wegener
Istiocitosi X
Malattia di Niemann Pick
Malattia di Wilson
Pemfigoide bolloso
Sindrome di Budd-Chiari
Sindrome di Ehlers-Danlos
Sindrome di Goodpasture
Sindrome di Klippel-Trenaunay
Amiloidosi primarie e famigliari
Sarcoidosi
Connettivite mista
Crioglobulinemia mista
Dermatomiosite
Distrofia muscolare
Neurofibromatosi
Osteodistrofia congenite
Pemfigo
Porpora di Schonlein-Henoch
Sindromi adrenogenitali congenite
Tumore di Wilms
Malattia di Whipple
Xeroderma pigmentoso
Colangite primitiva sclerosante
Leucodistrofia
Mucoviscidosi

Piano Copertura Assicurativa Integrativa

per

“Tutte le forme di ricovero con o senza intervento chirurgico e l’alta diagnostica”

DEFINIZIONI

Assicurazione il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza il documento che prova l’assicurazione.

Contraente il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato il soggetto nel cui interesse viene stipulata l’assicurazione.

Assistenza diretta – qualora l’assicurato decida di avvalersi di una struttura medico sanitaria e di una Equipe medica convenzionati per prestazioni assicurative della polizza indennizzabili, ottenuta la previa autorizzazione dalla Centrale Operativa, potrà beneficiare del pagamento diretto da parte della Compagnia.

Assistenza indiretta - si ricorre nel caso di ricoveri in strutture non convenzionate o in strutture convenzionate in cui, però, l’equipe medico chirurgica non è convenzionata con la Società.

In tale situazione le spese sostenute saranno poi rimborsate entro i limiti stabiliti dalle condizioni di Polizza.

Società la Compagnia Assicuratrice aggiudicatrice.

Premio la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio l’evento dovuto a caso fortuito, violento ed esterno che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico.

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

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

Familiari sono considerati familiari ai quali estendere la copertura assicurativa il coniuge purchè non divorziato, anche con residenza diversa e fino ad anni 90; il convivente “more uxorio” fino ad anni 90, come risultante da idonea autocertificazione ai sensi di legge; i figli conviventi senza limiti di età e i figli non conviventi fino ad anni 26 se studenti o per i quali vi è l’obbligo di mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale; nonché tutti gli altri familiari conviventi risultanti

dallo stato di famiglia dell'iscritto ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

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

Struttura sanitaria convenzionata istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Retta di degenza le spese relative al trattamento alberghiero e all'assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.

Grandi Interventi/Gravi eventi morbosi interventi chirurgici e patologie mediche diversi dalla polizza copertura sanitaria base stipulata da Cassa Forense.

Intervento chirurgico ambulatoriale prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

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

Sinistro il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venisse espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

PREMESSA

La Convenzione per la Polizza Sanitaria Integrativa offre la possibilità agli iscritti e agli altri soggetti abilitati alla adesione di conseguire, con onere economico a loro carico, una copertura assicurativa sanitaria per le prestazioni non comprese nella polizza collettiva di base a carico Cassa Forense per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi, come indicato negli articoli seguenti.

L'adesione al Piano sanitario integrativo sarà possibile solo per coloro che siano già in copertura nel Piano Base.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione.

La presente assicurazione estende la copertura sanitaria Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi ai rischi (prestazioni sanitarie) non coperti ed è, quindi, operante per tutti gli interventi chirurgici e gli eventi morbosi non previsti nella polizza base.

Rientrano nei "rischi non coperti" anche quelle prestazioni connesse al grande intervento chirurgico ma non liquidabili a termini di polizza base ad eccezione delle garanzie accessorie non previste nella polizza base e previste nel Piano Integrativo.

Si precisa che la polizza integrativa opera per le prestazioni sanitarie non coperte dalla polizza base e non sulle eventuali spese non rimborsate in quanto eccedenti il massimale previsto per i grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi, ad eccezione di quanto eventualmente riportato agli artt. 25 e 26, se inserito nell'offerta tecnica.

La presente copertura assicurativa opera senza soluzione di continuità con le precedenti polizze sanitarie integrative in convenzione con Cassa Forense sottoscritte dagli assicurati per le precedenti annualità assicurative.

La presente assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuti durante l'operatività del Piano sanitario, per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero, con o senza intervento, in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- ricovero in regime di day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta diagnostica;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- second opinion;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio;
- cure dentarie da infortunio;

- consulenza e assistenza;
- quant'altro rientrante nell'offerta.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi:

- a) alle strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società;
- b) alle strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società;
- c) al Servizio Sanitario Nazionale.

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Art. 2 – Persone assicurate.

Possono aderire alla polizza sanitaria integrativa, con onere a loro a carico, gli iscritti alla Cassa, i pensionati non iscritti alla Cassa, i superstiti di avvocati titolari di pensione di reversibilità o indiretta, i dipendenti della Cassa ed i dipendenti di Cassa Forense non più in servizio in quanto in trattamento di quiescenza, con limite di età fissato a 85 anni, già in copertura con la polizza sanitaria base Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi.

Gli aderenti alla polizza sanitaria integrativa possono estendere la relativa copertura ai familiari conviventi come risultanti da stato di famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, al convivente more uxorio (come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge) nonché al coniuge non divorziato e/o figli non conviventi.

Per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale.

L'estensione dovrà avvenire per tutti i componenti del nucleo familiare come da definizioni di polizza, ovvero per il solo titolare, ovvero per il titolare e coniuge/convivente.

Art. 3 – Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio.

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per le prestazioni di seguito indicate nelle seguenti modalità:

- regime di assistenza diretta - pagamento diretto e integrale alle strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza in regime di ricovero con o senza intervento chirurgico o day hospital o regime ambulatoriale, previa autorizzazione da parte della centrale operativa della Compagnia;
- regime di assistenza indiretta – rimborso in favore dell'assicurato, in caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate o in caso di mancata autorizzazione dell'assistenza diretta, delle

sottoelencate spese, sostenute in regime di ricovero con o senza intervento chirurgico o day hospital o regime ambulatoriale, con l'applicazione di uno scoperto e/o franchigia così come determinato al successivo art. 5 lett. b).

- a) Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
- b) Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di ricovero. Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi in copertura i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
- d) Retta di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.
- e) Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la prestazione è prestata nel limite di € 110,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- g) Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
- h) La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.500,00 per ricovero.
- i) Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alle lett. a), b), c), g) e h) del presente articolo, con i relativi limiti in essi indicati.

Art. 4 - Parto e aborto

- a) In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'art. 3 "Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lett. b), c) d), e), g), e h) con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per anno e per nucleo familiare in regime di assistenza indiretta e quindi in strutture non convenzionate; nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Compagnia - e quindi in regime di assistenza diretta - non è previsto alcun limite, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa e risulti essere convenzionata oltrechè la struttura anche l'equipe medico chirurgica.

b) In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico o spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui all'art. 3 "Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" lett. b), c) e d); relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti all'art. 3 "Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", lett. g) e h) con i relativi limiti in essi indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno e per nucleo familiare in regime di assistenza indiretta e quindi in strutture non convenzionate; nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Compagnia - e quindi in regime di assistenza diretta - non è previsto alcun limite, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa e risulti essere convenzionata oltrechè la struttura anche l'equipe medico chirurgica.

Art. 5 – Modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 3 Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio:

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate. Il day hospital deve intendersi equiparato al regime di ricovero.

Anche in caso di Intervento Chirurgico ambulatoriale le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20%, ad eccezione delle spese indicate all'art. 3 lett. e), f); h) ed all'art. 4 "Parto e aborto" che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Il day hospital deve intendersi equiparato al regime di ricovero.

In caso di Intervento Chirurgico ambulatoriale le spese vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 500,00.

c) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso in cui l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per tickets sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) del presente articolo.

Nel caso in cui non venga richiesto alcun rimborso per eventi compresi in garanzia a carico della presente polizza potrà essere richiesta una indennità sostitutiva di ricovero pari ad € 105,00 per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 30 giorni.

Art. 6 – Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza.

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura.

Art. 7 – Prestazioni di alta diagnostica.

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per le prestazioni extraospedaliere sotto indicate nel limite annuo di € 8.000,00 per nucleo familiare.

Per l'attivazione della garanzia, è richiesta la prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Utilizzando strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale, i tickets sanitari a carico dell'Assicurato vengono rimborsati integralmente.

Terapie:

Chemioterapia

Cobaltoterapia
Dialisi
Laserterapia a scopo fisioterapico
Radioterapia
Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrasto grafici), anche digitale
Angiografia
Artrografia
Broncografia
Cisternografia
Cistografia
Cistouretrografia
Clisma opaco
Colangiografia intravenosa
Colangiografia percutanea (PTC)
Colangiografia trans Kehr
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

Coronarografia

Ecocardiografia

Elettroencefalogramma

Elettromiografia

Mammografia o Mammografia Digitale

PET

Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)

Scintigrafia

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Art. 8 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o da infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Per l'attivazione della garanzia, è richiesta la prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Utilizzando strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, le spese sostenute verranno rimborsate con applicazione di una franchigia pari al 20% ed un minimo non indennizzabile pari ad € 60,00 per visita o accertamento diagnostico.

Avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale, i tickets sanitari a carico dell'Assicurato vengono rimborsati integralmente.

Il massimale annuo corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

Art. 9 - Second Opinion

La prestazione di "Second Opinion" consiste in una consulenza medica a distanza, prestata da specialisti che operano presso Centri Specialistici di eccellenza internazionale; fornisce un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Assicurato, con la finalità di assistere l'Assicurato ed il suo

Medico curante nel percorso di diagnosi e cura. Particolare oggetto della Second Opinion sono le condizioni cliniche complesse, in cui talora vi siano pareri medici discordanti in relazione alla diagnosi o alla terapia e l'Assicurato abbia necessità di un parere specialistico di altissimo livello.

La Società dovrà consentire di poter accedere ad una consulenza medica specialistica da parte di alcuni primari Centri specialistici di eccellenza internazionali.

La presente è prestata con riferimento alle seguenti condizioni patologiche diagnosticate presso strutture sanitarie autorizzate:

1. malattie cardiovascolari
2. ictus
3. cecità
4. sordità
5. aids
6. insufficienza renale
7. trapianto di organo
8. sclerosi multipla
9. paralisi
10. malattia di Parkinson
11. gravi ustioni
12. coma

Art. 10 – Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi. Per l'attivazione della garanzia, è richiesto il certificato di pronto soccorso attestante l'infortunio e la relativa prescrizione medica.

Utilizzando strutture sanitarie e personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Rivolgendosi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, verranno rimborsate tutte le spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 20%.

La presente garanzia opera nell'ambito del massimale annuo di € 1.000,00 per assicurato o nucleo familiare.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Art. 11 - Cure dentarie da infortunio

La Società dovrà liquidare all'Assicurato, in deroga a quanto previsto all'art. 21 "Esclusioni dall'Assicurazione" e in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio, alle modalità di seguito riportate.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato verranno liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di scoperti e franchigie, purchè sia stata ottenuta la previa autorizzazione da parte della Centrale operativa.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società o in caso di mancata autorizzazione all'assistenza diretta, le spese sostenute verranno rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali annui.

Il massimale annuo per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 2.000,00 per nucleo familiare.

Art. 12 - Prevenzione odontoiatrica.

In deroga a quanto previsto all'art. 20 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società garantisce, per una sola volta l'anno, una visita di controllo odontoiatrico e ablazione tartaro gratuita in strutture convenzionate; è, altresì, garantita per le cure dentarie in strutture convenzionate l'applicazione di uno sconto in percentuale non inferiore al 15% della tariffa applicata dalle stesse strutture.

Art. 13 – Massimale.

Il massimale assicurato per il complesso delle garanzie suindicate è pari a € 260.000,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.

Art. 14 – Premi annui.

I premi annui per il complesso delle prestazioni previste, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono, per le sottoriportate fasce di età, determinate alla data di decorrenza dell'annualità assicurativa, ai seguenti importi:

a) entro i 40 anni di età	€ 640,00
b) da 41 a 60 anni di età	€ 960,00
c) da 61 a 70 anni di età	€ 1.500,00
d) da 71 a 85 anni di età	€ 2.000,00

Si precisa che alla copertura assicurativa integrativa può aderire solo l'iscritto, ovvero l'iscritto ed il coniuge/convivente, ovvero l'iscritto e tutti i familiari assicurabili.

Art. 15 – Termini di aspettativa.

La garanzia decorre, sia in forma diretta, previa dimostrazione dell'avvenuta adesione al piano assicurativo, che in forma indiretta dalle ore 00:

- del giorno di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) per gli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) per le malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Contratto (1 aprile di ciascuna annualità) per il parto e le malattie da puerperio;

I termini di aspettativa sopraindicati non vengono applicati qualora la garanzia assicurativa risulti essere stata attivata nell'annualità precedente, anche con diverse Compagnie Assicuratrici, purchè tramite la convenzione per polizza sanitaria Cassa Forense.

Art. 16 – Oneri fiscali.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Società, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. 17 – Foro competente.

Il foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

Art. 18 – Altre assicurazioni.

L'assicurato, in caso di sinistro, deve dare comunicazione alla Società dell'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate.

Art. 19 – Estensione territoriale.

La copertura assicurativa è indipendente dal luogo (nazionale o internazionale) dove si verifica il sinistro. Il rimborso all'Assicurato avverrà presso il luogo di sua residenza e comunque in Euro.

Art. 20 – Esclusioni dall'assicurazione.

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione dell'Assicurazione. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenze dirette di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
5. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
6. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
8. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
11. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
12. l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
13. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
14. le infezioni da HIV;
15. tutto quanto non espressamente indicato nel presente Contratto assicurativo.

Art. 21 – Limiti di età.

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'85° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento dell'86° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'86° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

Art. 22 – Durata dell'assicurazione.

La durata dell'assicurazione è correlata a quella della Polizza Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi a cui è indissolubilmente connessa.

Art. 23 - Commissione paritetica.

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri designati tre dalla Cassa Forense e tre dalla Società. La Commissione verifica anche l'andamento della Polizza ed esamina la gestione amministrativa delle controversie aventi ad oggetto l'obbligo di indennizzo, la tipologia e la durata della malattia o infortunio, la misura dei rimborsi e liquidazioni dell'indennità.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. La Commissione si riunirà con cadenza bimestrale in modo da poter riscontrare le richieste degli assicurati entro il termine di 60 giorni dalla richiesta.

In caso di controversia tra la Società e l'assicurato, quest'ultimo, prima di avviare l'azione giudiziale, è tenuto a sottoporre la problematica all'esame della Commissione Paritetica, la quale, entro 60 giorni dalla segnalazione ricevuta, deve fornire le proprie valutazioni. Decorso tale termine, l'assicurato potrà in ogni caso esperire gli strumenti di tutela previsti dall'ordinamento.

Art. 24 – Nuovi iscritti in corso d'anno.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento di iscrizione/delibera intervenuto nel corso nel primo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno aderire, per sé stessi e per il proprio nucleo familiare, alla garanzia assicurativa della Polizza Integrativa entro i 60 giorni successivi alla data del provvedimento/delibera di iscrizione stesso, previo versamento del 100% dei premi, nella misura stabilita

all'art. 14. La validità della copertura assicurativa integrativa, per iscritto e familiari, decorrerà dalla data di adozione del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa.

Gli iscritti alla Cassa, con provvedimento/delibera di iscrizione intervenuto nel secondo semestre di ciascuna annualità assicurativa, potranno aderire, esclusivamente per sé stessi, alla garanzia assicurativa della Polizza Integrativa entro i 60 giorni successivi alla data del provvedimento/delibera di iscrizione stesso, previo versamento del 50% del premio, nella misura stabilita all'art. 14. La validità della copertura assicurativa integrativa per l'iscritto decorrerà dalla data di adozione del provvedimento/delibera di iscrizione alla Cassa.

Art. 25 – Massimali per Grandi Interventi Chirurgici Polizza Sanitaria Base

Con l'adesione alla Polizza Integrativa è previsto che i limiti di massimale relativi ai Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato A delle condizioni della polizza sanitaria base sono da intendersi aumentati del 50%. Tale clausola è operativa se inserita nell'offerta tecnica.

Art. 26 – Incremento limiti temporali già previsti per le prestazioni pre e post ricovero della Polizza Sanitaria Base

Con l'adesione alla Polizza Integrativa è previsto che i limiti temporali già previsti per le prestazioni pre e post ricovero della polizza sanitaria base vengono incrementati rispettivamente di ulteriori 30 giorni. Tale clausola è operativa se inserita nell'offerta tecnica.

Elenco C

Grandi Interventi Chirurgici Polizza Sanitaria Base con plafond aumentati del 50%

ANALGESIA

Blocco dell'ipofisi € 8.091

CHIRURGIA GENERALE

Collo

Trattamento ferite profonde del collo € 10.440

Asportazione della ghiandola sottomascellare € 6.960

Asportazione di cisti, fistole e neoformazioni del collo € 5.046

Linfectomia cervicale bilaterale € 15.660

Linfectomia cervicale mono lacerale € 7.569

Interventi sulla tiroide:

Cisti della tiroide € 10.440

Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale € 10.962

Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia associata € 20.793

Interventi per gozzo retrosternale € 10.353

Interventi per gozzo retrosternale con mediastinotomia € 12.354

Interventi sulle paratiroidi (otorinolaringoiatria)	€ 19.140
Faringotomia ed esofagotomia	€ 24.360
Interventi per diverticolo dell'esofago (otorinolaringoiatria)	€ 17.400
Interventi di resezione totale o parziale dell'esofago	€ 22.620
Dissezione radicale del collo	€ 12.180
Escissione dotto tireoglossa	€ 10.440
Addome	
Trattamento ernia di Spigelio	€ 5.250
Intervento per relaxatio diaframmatica	€ 8.250
Addome (parete addominale)	
Laparotomia per drenaggio di peritoniti	€ 14.790
Laparotomia esplorativa per occlusione senza resezione	€ 12.963
Resezione intestinale da occlusione	€ 20.010
Laparotomia operativa con sutura viscerale	€ 13.920
Intervento per ernia inguinale complicata e/o recidiva	€ 8.526
Intervento per ernia crurale complicata e/o recidiva	€ 8.526
Ernia ombelicale complicata e/o recidiva	€ 8.526
Ernia epigastrica complicata e/o recidiva	€ 8.526
Laparocele post-operatorio	€ 10.005
Laparocele complicato	€ 10.005
Intervento per ernie diaframmatiche	€ 16.530
Ernie muscolari rare (muscolo-ischiatiche, muscolo-otturatorie, muscolo-lombari, ecc.)	€ 10.005
Intervento per ernia iatale	€ 17.400
Linfoadenectomia peritoneale	€ 13.920
Trapianto viscerale	€ 87.000
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 16.530
Esofago	
Miotomia secondo Heller per acalasia	€ 5.250
Intervento chirurgico per snd di Mallory Weiss	€ 7.500
Trattamento di varici esofagee	€ 3.480
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 17.835
Interventi con esofagoplastica	€ 15.921
Intervento per megaesofago	€ 18.270
Stomaco	
Impianto di pace-maker per gastroparesi	€ 7.500
Stomaco, duodeno	
Gastroscoopia operativa	€ 3.480
Duodenoscopia operativa	€ 5.220
Gastrostomia	€ 7.395

Gastro-enterostomia	€ 17.400
Resezione gastrica	€ 18.879
Gastroectomia totale e/o allargata	€ 31.320
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 24.360
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 23.490
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 20.010
Interventi per malattia da reflusso gastro-esofageo	€ 20.010
Cardioplastica	€ 17.400
Vagotomia	€ 13.050
Trapianto di stomaco	€ 87.000
Intestino	
Intervento per diverticolo di Meckel sintomatico	€ 6.000
Intervento chirurgico per fistola entero-cutanea (non complicanza da intervento chirurgico)	€ 12.750
Enterostomia, ano artificiale e chiusura	€ 13.572
Enteroanastomosi	€ 10.962
Resezione del tenue	€ 13.920
Emicolectomia destra o sinistra	€ 17.835
Colonscopia operativa	€ 3.654
Colectomia totale	€ 16.878
Colectomie parziali	€ 12.963
Appendicectomia con peritonite diffusa	€ 10.005
Polipectomia per via laparotomia	€ 5.220
Fistole entero-enteriche	€ 18.270
Anastomosi entero-esofagee	€ 13.050
Trapianto di intestino	€ 87.000
Retto-Ano	
Estrazione di corpi estranei dal retto con intervento	€ 10.440
Rectosigmoidoscopia operativa	€ 2.436
Interventi per ascesso perianale	€ 6.003
Interventi per ascesso del cavo ischio-rettale	€ 7.047
Operazione per emorroidi solo se recidive	€ 8.004
Operazione per ragadi solo se recidive	€ 12.180
Interventi per neoplasie del retto – ano	€ 10.005
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 11.919
Prolasso del retto	€ 7.047
Interventi per megacolon	€ 26.100
Proctocolectomia totale	€ 26.100
Fegato	
Intervento chirurgico per malattia epatica policistica	€ 16.500
Packing epatico	€ 16.500
Drenaggio di ascesso epatico	€ 19.140
Interventi per echinococchi	€ 20.010
Resezioni epatiche	€ 18.879

Derivazioni biliodigestive	€ 12.963
Interventi sulla papilla di Water	€ 11.919
Reinterventi sulle vie biliari	€ 21.750
Incannulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	€ 4.089
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 19.140
Epatotomia e coledocotomia	€ 25.230
Papillotomia per via transduodenale	€ 19.140
Deconnessione azigos-portale per via addominale	€ 19.140
Esplorazione chirurgica delle vie biliari	€ 6.525
Trapianto di fegato	€ 87.000
Metastasectomia multipla	€ 20.010
Pancreas -Milza	
Interventi per pancreatite acuta	€ 25.230
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 13.920
Interventi per pancreatite cronica	€ 13.050
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 15.921
Splenectomia	€ 14.790
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	€ 15.921
Torace - parete toracica	
Asportazione di tumori benigni della mammella	€ 7.047
Interventi per tumori maligni della mammella	€ 12.963
Toracotomia esplorativa	€ 10.005
Talcaggio pleurico	€ 5.046
Resezione costali	€ 14.790
Correzioni di malformazioni parietali	€ 19.836
Decompressione Stretto Toracico Superiore	€ 20.010
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 31.320
Interventi su polmone - bronchi - trachea	
Bullectomie in paziente con BPCO	€ 10.500
Decorticazione pleurica	€ 10.500
Interventi per ferite del polmone	€ 17.400
Interventi per ascessi	€ 13.050
Interventi per fistole bronchiali	€ 26.100
Interventi per echinococco	€ 13.050
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari e pleurici	€ 19.836
Pneumectomia	€ 19.836
Pleuropneumectomia	€ 29.667
Broncoscopia operativa	€ 3.045
Tumori della trachea	€ 34.800
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 38.280
Timectomia	€ 17.400

Trapianto di polmone	€ 87.000
Timectomia per via cervicale	€ 18.270
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Occlusione percutanea dell'auricola sinistra	€ 10.500
Peridardiotomia	€ 10.500
Tutti gli interventi:	
a cuore chiuso	€ 18.879
a cuore aperto per difetti valvolari singoli non complicati	€ 20.793
a cuore aperto per difetti valvolari complessi o complicati	€ 24.795
Interventi di by-pass aorto-coronarici per insufficienza coronaria	€ 15.660
Tutti gli interventi neonatali a cuore aperto con ipotermia profonda e arresto circolatorio	€ 40.020
Impianto pace-maker endocavitario ed eventuale riposizionamento	€ 11.484
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 11.919
Fistole arterovenose polmonari	€ 26.100
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 26.100
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 26.100
Trapianto cardiaco	€ 87.000
Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale	€ 24.360
Neurochirurgia	
Trapanazione cranica per puntura o drenaggio ventricolare	€ 5.220
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.879
Intervento per encefalomeningocele	€ 25.230
Intervento per craniostenosi	€ 24.360
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 24.360
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 24.360
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 17.835
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 24.360
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 17.400
Trapanazione per evacuazione di ematoma epidurale e sub-durale	€ 8.700
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 23.490
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 17.400
Trattamento percutaneo della nevralgia del trigemino e di altri nervi cranici	€ 10.440
Intervento sulla ipofisi	€ 23.751
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.270
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)	€ 25.752
Trattamento chirurgico per malformazioni aneurismatiche	€ 25.752
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche	€ 24.360
Radiochirurgia stereotassica per neoplasie cerebrali	€ 14.877
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 19.836
Emisferectomia	€ 29.667
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore o posteriore	€ 21.837
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 24.360
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 22.794
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore	€ 24.360

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 34.800
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 34.800
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 26.100
Endoarterectomia della arteria carotide e/o della arteria vertebrale	€ 34.800
Laminectomia decompressiva per neoplasie	€ 17.835
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 17.400
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, ecc.)	€ 24.360
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 16.878
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 21.837
Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore	€ 18.879
Somatotomia vertebrale	€ 26.100
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 16.878
Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica	€ 27.753
Spondilolistesi	€ 20.010
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 29.667
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 26.100
Applicazione di elettrodi o cateteri endorachidei per trattamento del dolore o altro	€ 8.700
Stabilizzazione elettrodi o cateteri endorachidei e applicazione stimolatori o reservoir a permanenza	€ 12.180
Registrazione della pressione intracranica	€ 3.045
Radiochirurgia stereotassica	€ 9.570
Radiochirurgia gammaknife	€ 9.570
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 11.919
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 22.620
Interventi sui nervi periferici per neurorrafie, nefrotomie, nevrectomie, decompressive	€ 11.919
Interventi sul plesso brachiale	€ 31.320
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia cervico-toracica	€ 20.010
Simpaticectomia lombare	€ 14.790
CHIRURGIA VASCOLARE	
Sutura arterie periferiche	€ 17.400
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 21.750
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 17.835
Lagatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 17.400
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 24.360
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 19.140
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 21.750
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 16.530
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 19.836
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 14.877
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 17.835
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 24.360

Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 16.530
Trombectomia venosa periferica cava	€ 12.963
Legatura vena cava inferiore	€ 14.877
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 17.835
Interventi per innesti di vasi	€ 14.877
Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale	€ 22.794
Anastomosi mesenterica-cava	€ 19.140
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 19.140
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 13.920
Reintervento per varici recidive	€ 8.961
Trattamento con endoprotesi vascolare di aneurismi aorta addominale e aorta toracica	€ 21.054
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 14.877

CHIRURGIA PLASTICA

Cranio	
Tecnica dei tre lembi di Orticochea	€ 6.000
Torace	
Ricostruzione mammaria in Sd di Poland	€ 6.000

CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)

Generalità	
Trasferimento di lembo libero microvascolare	€ 12.963

Cranio-faccia e collo	
Gravi e vaste mutilazioni del viso	€ 60.900
Riduzione frattura orbitaria	€ 15.921
Cranioplastica	€ 17.661
Coloboma	€ 8.700
Rare deformità cranio facciali	€ 23.751
Labioschisi bilaterale	€ 14.790
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 17.400
Palatoschisi totale	€ 14.790
Interventi di push-bach e faringoplastica	€ 12.180
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 10.005
Intervento per anchilosi temporo mandibolare	€ 12.180
Ricostruzione della emimandibola	€ 17.400
Progenismo, laterognazia, progmatismo (per ogni tempo operatorio)	€ 21.837
Plastica per paralisi del nervo facciale: (per ogni tempo operatorio) statica –dinamica	€ 12.180

Torace ed addome	
Malformazione della gabbia toracica	€ 23.751
Ricostruzione della parete addominale	€ 17.400
Ricostruzione mammaria post-mastectomie sottocutanee (protesi escluse)	€ 8.004
Ricostruzione mammaria post-mastectomia radicale (protesi escluse)	€ 10.005
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 15.921

Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 34.800
Ricostruzione vaginale	€ 22.620
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 11.919
Arti	
Malformazioni complesse delle mani	€ 22.620
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 14.790
Morbo di Dupuytren	€ 8.961
Ricostruzione del pollice	€ 31.320
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 31.320
Neuroraffia	€ 8.700
Linfedema arti inferiori	€ 13.920
Neurolisi	€ 4.089
Plastica estetica (interventi ammessi solo se compresi in garanzia)	
Rinoplastica correttiva (se vi è danno funzionale)	€ 4.089
Rinosettoplastica (se vi è danno funzionale)	€ 10.005
Settoplastica (se vi è danno funzionale)	€ 7.047
CHIRURGIA PEDIATRICA - Operazioni pediatriche tipiche	
Addome (parete addominale)	
Onfalocele	€ 6.000
Intestino - occlusioni intestinali del neonato	
Intervento chirurgico per invaginazione intestinale con resezione intestinale	€ 8.250
Cranio bifido con meningocele	
Cranio bifido con meningoencefalocele	€ 24.360
€ 26.100	
Craniostenosi	€ 16.530
Idrocefalo ipersecretivo	€ 24.360
Fistola auris congenita	€ 24.360
Torcicollo miogeno congenito unilaterale	€ 12.180
Torcicollo miogeno congenito con apparecchio gessato	€ 14.790
Linfangioma cistico del collo	€ 22.620
Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica	€ 20.010
Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica	€ 22.620
Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)	€ 34.800
Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)	
€ 38.280	
Atresia congenita dell'esofago	€ 34.800
Fistola congenita dell'esofago	€ 23.490
Torace ad imbuto e torace carenato	€ 31.320
Ipertensione portale nel bambino (applicazione di sonda) trattamento chirurgico	€ 20.010
Stenosi congenita del piloro	€ 13.050
Occlusione intestinale del neonato:	

a) malrotazione bande congenite, volvolo	€ 14.790
b) atresie necessità di anastomosi	€ 22.620
c) ileo meconiale:	
ileostomia semplice	€ 12.180
resezione secondo Mickulicz	€ 24.360
resezione con anastomosi primitiva	€ 26.970
Atresia dell'ano semplice:	
a) abbassamento addomino perineale	€ 26.970
b) operazione perineale	€ 17.400
Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:	
abbassamento addomino perineale	€ 27.840
Prolasso del retto:	
a) cerchiaggio anale	€ 6.090
b) operazione addominale	€ 19.140
Stenosi congenita dell'ano:	
a) plastica dell'ano	€ 17.400
Teratoma sacrococcigeo	€ 16.878
Megauretere:	
a) resezione con reimpianto	€ 22.620
b) resezione con sostituzione di ansa intestinale	€ 26.100
Nefrectomia per tumore di Willms	€ 31.320
Spina bifida:	
a) meningocele	€ 27.840
b) mielomeningocele	€ 31.320
Megacolon:	
a) clostomia	€ 12.180
b) resezione anteriore	€ 26.100
c) operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson	€ 38.280
Esonfalo	€ 13.050
Fistole e cisti dell'ombelico:	
a) dell'uraco	€ 17.400
b) del canale onfalomesenterico con resezione intestinale	€ 24.360
Correzione di truncus arteriosus	€ 24.360
Correzione di ventricolo destro a doppia uscita	€ 24.360
Interventi per correzioni malformazioni nel primo anno di vita	€ 13.050

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Arto inferiore	
Giroplastica	€ 27.000
Arto superiore	
Artroplastica di gomito	€ 7.500
Piede	
Protesi di caviglia	€ 12.750
Astragalectomia	€ 3.750

Artrodiatasi della caviglia	€ 3.000
Interventi incruenti:	
Riduzione di fratture-lussazioni della colonna vertebrale	€ 15.921
Interventi cruenti:	
Resezioni ossee	€ 12.180
Amputazioni:	
a) medi segmenti	€ 8.700
b) grandi segmenti	€ 12.180
Pseudoartrosi:	
a) grandi segmenti	€ 14.877
Trattamento delle pseudoartrosi con la tecnica della compressione-distrazione	€ 17.835
Osteosintesi di tibia con viti	€ 10.005
Osteosintesi di tibia con viti e placca	€ 11.919
Osteosintesi di tibia infibulo endomidollare	€ 13.920
Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale	€ 10.005
Osteosintesi collo femore (per frattura o epifisiolisi)	€ 13.920
Osteosintesi di omero	€ 10.005
Costruzione di monconi cinematica	€ 12.180
Interventi per costola cervicale	€ 14.790
Scapulopessi	€ 12.180
Asportazione di tumori ossei	€ 19.836
Trapianti ossei o protesi diafisarie	€ 22.620
Pseudoartrosi congenita di tibia	€ 21.750
Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni	€ 17.400
Osteosintesi di clavicola, rotula	€ 8.004
Osteosintesi di avambraccio	€ 8.004
Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali	€ 10.440
Resezioni articolari	€ 12.180
Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti	€ 19.836
Resezioni del sacro	€ 14.790
Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari	€ 21.750
Disarticolazioni: media -grande	€ 24.360
Disarticolazione interscapolo toracica	€ 26.970
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto	€24.360
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"	€ 27.840
Resezioni del radio distale:	
a) artrodesizzanti (trapianto o cemento)	€ 17.400
b) con trapianto articolare perone-pro-radio	€ 20.010
Emipelvectomy	€ 24.360
Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto	€ 23.751
Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)	€ 34.800
Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:	

a) artrodesizzanti (trapianto o cemento+infibulo femore-tibiale)	€ 17.400
b) sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"	€ 31.320
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	€ 17.400
Sinovialectomie articolari: medie articolazioni – grandi articolazioni	€ 10.005
Artroplastiche con materiale biologico:	
a) piccole	€ 8.004
b) medie	€ 14.790
e) grandi	€ 11.919
Acromioplastica anteriore	€ 10.005
Traslazione muscoli cuffia	€ 10.005
Trattamento lussazione recidivante spalla anteriore	€ 16.530
Trattamento lussazione recidivante spalla posteriore	€ 11.919
Plastica per lussazioni recidivanti (ginocchio)	€ 10.962
Artroscopia chirurgica:	
a) biopsia della sinoviale	€ 5.046
b) asportazione dei corpi mobili	€ 8.961
c) sinoviectomia	€ 8.961
d) condrectomia	€ 6.003
e) laterale release	€ 12.180
Ricostruzione dei legamenti articolari	€ 13.920
Applicazione dei compressori	€ 14.790
Artrodesi:	
a) medie (piedi, polso, gomito)	€ 10.440
b) grandi (spalla, anca, ginocchio)	€ 10.005
Artrolisi: ginocchio -piede	€ 6.003
Riduzione cruenta lussazione congenita anca	€ 16.530
Osteotomia di bacino (Salter, Chiari, triplice osteotomia)	€ 26.100
Intervento di coxolisi	€ 14.790
Asportazione corpi estranei o mobili endoarticolari	€ 13.050
Protesi totale di spalla	€ 26.100
Artroprotesi di anca	€ 25.752
Protesi totale per displasia d'anca	€ 34.800
Intervento di rimozione di protesi d'anca	€ 8.004
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 33.756
Artroprotesi di ginocchio	€ 21.837
Artroprotesi di gomito	€ 19.140
Endoprotesi di Thompson	€ 21.750
Protesi cefalica di spalla	€ 24.360
Protesi di polso	€ 13.920
Emiartroplastica	€ 20.010
Vertebrotomia	€ 19.836
Biopsia vertebrale a cielo aperto	€ 10.440
Discectomia per via anteriore per ernia cervicale	€ 18.879
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi	€ 31.320
Uncoforaminotomia	€ 19.836
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale	€ 40.020

Osteosintesi vertebrale	€ 19.836
Pulizia focolai osteitici	€ 12.180
Artrodesi per via anteriore	€ 26.100
Interventi per via posteriore:	
a) senza impianti	€ 17.835
b) con impianti	€ 21.837
Interventi per via anteriore:	
a) senza impianti	€ 29.667
b) con impianti	€ 33.756
Tendini - Muscoli - Aponeurosi	
Tenoplastiche, mioplastiche o miorraffie	€ 6.003
Tenotomie, miotomie e aponeurotomie	€ 7.830
Trapianti tendinei e muscolari	€ 14.790
Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito	€ 13.050
Deformità delle mani e dei piedi, compreso alluce valgo (sindattilia, polidattilia e simili)	€ 11.310
Interventi correttivi per deformazioni delle dita (boutonnière – Swan neck ecc.)	€ 17.835
Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)	€ 31.320
Ricostruzioni tendinee polso e mano	€ 12.180
Sindesmotomia	€ 12.180
Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie (retrazione cicatriziale, Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio	€ 19.836
Pollicizzazione del 2° o altro dito (per tempo operatorio)	€ 23.751
Iniezione di cemento per cedimenti vertebrali	€ 9.570
UROLOGIA	
Rene	
Renoraffia post-traumatica	€ 8.250
E.S.W.L. (litotrissia extracorporea con onda d'urto)	€ 13.920
Decapsulazione	€ 12.180
Nefropessi	€ 13.050
Lombotomia	€ 13.050
Lombotomia per biopsia chirurgica	€ 13.050
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 16.530
Nefrectomia semplice	€ 10.962
Nefrectomia parziale	€ 18.879
Nefrectomia allargata per tumore	€ 23.751
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 38.280
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.879
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 26.100
Nefroureterectomia totale	€ 27.753
Nefrostomia o pielostomia	€ 8.004
Pielotomia	€ 10.005
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 19.140
Trapianto renale	€ 87.000
Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 22.620

Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.879
Asportazione di adenoma del surrene	€ 13.050
Uretere	
Ureteroplastica	€ 12.963
Ureterolisi	€ 7.047
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 11.919
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 21.750
Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole	€ 15.921
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 24.360
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	€ 20.010
Sigmoidostomia	€ 18.270
Vescica	
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 13.920
Emitrigonectomia	€ 10.005
Ileo bladder	€ 19.140
Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia	€ 26.100
Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale	€ 31.320
Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder	€ 31.320
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 26.100
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 23.490
Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi	€ 23.751
Diverticolectomia con U.C. N.	€ 17.400
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 21.750
Cervicocistopessi o colposospensione	€ 8.004
Ileo e/o colonicistoplastiche	€ 26.100
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 34.800
Prostata	
Adenomectomia da neoplasia prostatica	€ 15.921
Linfadenectomia locoregionale di staging per ca. prostatico	€ 8.004
Prostatectomia radicale	€ 27.753
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 22.620
Uretrectomia	€ 10.005
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 20.010
Orchidopessi bilaterale	€ 17.400
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 11.919
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 10005

Riparazione fistole scrotali o inguinali	€ 12.180
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 17.400
Orchiectomia allargata per tumore	€ 27.840

NEFROLOGIA

Fav:

Impianto di materiale protesico	€ 8.700
Reimpianto di un ramo dello Shunt	€ 4.350

OSTETRICA

Trasfusioni intrauterine	€ 6.090
Rivolgimento ed estrazione podalica	€ 16.530
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 19.140
Fetoscopia	€ 7.830

GINECOLOGIA

Utero

Isterectomia subtotale	€ 9.750
Plastica vaginale anteriore e posteriore per colpocistorettocele	€ 11.919
Interventi sull'ovaio e salpingi: annessiectomia, asportazione di saetosalpinge, tumori solidi, resezione ovarica	€ 10.962
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 15.921
Colpoisterectomia con o senza annessiectomia	€ 13.920
Metroplastica per via laparotomia	€ 11.919
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 10.962
Salpingoplastica	€ 11.919
Vulvectomia radicale	€ 16.878
Laparotomia per controllo evoluzione ca. ovaio (2° look)	€ 7.047
Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi o con rivestimento epidermico	€ 17.400
Riparazione chirurgica di fistola:	
Ureterale	€ 16.530
Vescico-vaginale	€ 19.140
Retto-vaginale	€ 19.140
Intervento trattamento incontinenza urinaria:	
Intervento per via vaginale (op. di Kelly)	€ 14.790
Intervento per via addominale (colposospensione sec. Burch - operazione di Marshall -Marchetti, ed altri)	€ 11.919
Intervento combinato (intervento a fionda, ed altri)	€ 14.877
Isterectomia radicale con linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale	€ 23.751
Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale	€ 23.490
Vulvectomia allargata con linfoadenectomia	€ 31.320
Intervento radicale per carcinoma ovario	€ 11.919
Creazione operatoria di vagina artificiale (con utilizzazione del sigma)	€ 12.180
Sacrocolpessi per via addominale per colpocistorettocele	€ 20.010

OCULISTICA

Trapianto corneale a tutto spessore	€ 11.919
Odontocheratoprotesi	€ 13.137
Cheratomia radiale esclusi vizi di rifrazione	€ 7.569
Cheratomilleusi esclusi vizi di rifrazione	€ 13.920
Epischeratoplastica	€ 13.050
Palpebra	
Retina	
Intervento di rivascularizzazione coroido retinica	€ 8.250
Intervento di distacco (mediante diatermocoagulazione o criocoagulazione)	€ 8.004
Fotocoagulazione laser (panretinica) nella retinopatia diabetica anche se in più sedute	€ 3.045
Resezione sclerale	€ 12.180
Cerchiaggio o piombaggio	€ 8.961
Orbita	
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 20.880
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione di diplopia	€ 25.230
Operazioni per Glaucoma	
Trabeculectomia	€ 11.310
Iridocicloretrazione	€ 16.530
Bulbo oculare	
Enucleazione, exenteratio	€ 10.440
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 16.530
Varie	
Vitrectomia	€ 10.005
Trattamento laser per neoformazione iridea	€ 1.740
OTORINOLARINGOIATRIA	
Laringe	
Exeresi di diaframma laringeo	€ 6.000
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 16.878
Exeresi di neoplasia del padiglione, con svuotamento linfoghiandolare	€ 6.090
Orecchio medio ed interno	
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 17.400
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 21.750
Legatura della vena giugulare previa mastoidomia	€ 13.050
Apertura di ascesso cerebrale	€ 24.360
Timpanoplastica in un solo tempo (curativa e ricostruttiva)	€ 8.961
Ricostruzione della catena ossicolare	€ 8.004
Interventi per otosclerosi	€ 11.919
Distruzione del labirinto	€ 14.790

Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 10.962
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 21.750
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 25.230
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 22.620
Sezione del nervo coclearie	€ 34.800
Sezione del nervo vestibolare	€ 31.320
Neurinoma dell'VIII paio	€ 34.800
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.270
Asportazione di tumori del temporale	€ 13.050
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 13.920
Naso e seni paranasali	
Operazione radicale per sinusite mascellare (Operazione di Calwell-Luc)	€ 10.527
Svuotamento etmoide per via transmascellare	€ 7.047
Operazione radicale per sinusite frontale (operazione di Ogston-Luc)	€ 8.700
Trattamento chirurgico di mucocele frontoetmoidale	€ 15.660
Asportazione di tumori maligni del naso e dei seni	€ 19.836
Apertura del seno sferoidale	€ 14.790
Intervento per fibroma duro rinofaringeo	€ 10.005
Chirurgia della fossa pterigomascellare (legatura arteria mascellare interna, sezione del nervo vidiano, ecc.)	€ 26.970
Cavo orale e faringe	
Tumori parafaringei	€ 17.835
Tumori maligni di altre sedi (tonsille, etc.)	€ 12.180
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 10.962
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 11.484
Ghiandole salivari	
Asportazione ghiandola salivare sottomascellare per via endorale	€ 8.700
Asportazione della parotide	€ 10.005
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 18.270
LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO	
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 10.179
Laringectomia parziale	€ 22.620
Laringectomia sopraglottica	€ 22.620
Laringectomia totale	€ 25.230
Laringectomia ricostruttiva	€ 27.840
Laringofaringectomia	€ 23.490
Interventi per paralisi degli abduuttori	€ 20.010
Collo (vedere anche: Chirurgia generale)	
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 14.790

Asportazione di neoformazioni benigne profonde	€ 2.088
Incisione di flemmoni profondi	€ 3.480
Intervento per laringocele	€ 13.050
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 16.530
Esofagotomia cervicale	€ 14.790
Asportazione di fistole congenite	€ 19.140
Svuotamento sottomandibolare unilaterale	€ 8.700
Svuotamento sottomandibolare bilaterale	€ 11.310
Svuotamento laterocervicale unilaterale	€ 11.310
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 15.660
Chiusura di faringostoma	€ 7.830
Chiusura di fistola esofagea	€ 7.830
Plastiche laringotracheali	€ 13.050
Legatura di grossi vasi	€ 17.400
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 20.010

STOMATOLOGIA

Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 1.914
Innesto di materiale biocompatibile (sito singolo)	€ 2.436
Innesto di materiale biocompatibile (sito multiplo)	€ 2.784

PROTESI

(a scopo ricostruttivo, solo a seguito di infortunio purché l'infortunio medesimo sia certificato da Pronto Soccorso o analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso)

Protesi fissa	
Corona a giacca in ceramica vetrosa e allumina	€ 1.305
Corona oro-ceramica fresata	€ 1.914
Protesi mobile	
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina	€ 2.784
Protesi mobile totale per arcata con denti in porcellana	€ 3.741
Protesi scheletrata in lega preziosa	€ 5.568

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Cranio	
Intervento per osteonecrosi da bifosfonati	€ 5.250
Protesi temporo mandibolare	€ 7.500
Mandibola	
Ricostruzioni nervose sensitive del nervo alveolare	€ 5.250
Osteoartrotomia (anchilosi ATM)	€ 11.310
Frattura del condilo e del coronoide (trattamento chirurgico-ortopedico)	€ 11.310
Frattura dei mascellari (esclusa apparecchiatura): terapia chirurgica	€ 8.961
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 17.400
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 26.100

Riduzione aperta di frattura zigomatica e malare	€ 13.050
Osteosintesi	
Terapia chirurgica post-traumatica delle malformazioni maxillo-facciali (progenismo, prognatismo, laterodeviazione mandibolare, morsus apertus, micrognazie, retrusioni inferiori e superiori)	€ 19.836
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 19.836
Plastiche per paralisi facciali:	
Statica	€ 12.180
Dinamica	€ 16.530
per tempo operatorio	€ 10.440
Push-bach e faringoplastica	€ 10.962
RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Vie biliari	
Colecistostomia percutanea	€ 5.250
Arteriografia polmonare con fibrinolisi e disostruzione meccanica bilaterale delle arterie polmonari	€ 22.620
RCP (endoscopiche retrograde cholangiopancreatography) + papillosfinteromia + protesi (metallo o plastica)	€ 11.484
TIPS (shunt portosovraepatico)	€ 25.230
Posizionamento di stent gastrointestinali (esofagei, duodenali, colici, etc.)	€ 8.265
Posizionamento di stent tracheali	€ 6.960
Posizionamento di stent arteriosi iliaco femorali	€ 16.530