

NOMENCLATORE
del Fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale del Gruppo Fiat
FASIFIAT

a) Prestazioni garantite per "Singolo lavoratore assistito"

LIMITI E DISPOSIZIONI PARTICOLARI

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

Per le prestazioni non inserite nel predetto Nomenclatore il rimborso è effettuato secondo l'importo fissato relativamente alla prestazione assimilabile a quella oggetto della richiesta, secondo il giudizio del consulente medico del Fondo

A. Ricovero in istituto di cura per interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio

A.1. Definizione di intervento chirurgico

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne
- Interventi sulle Paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagooplastica
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Chirurgia Gastrointestinale per Perforazioni
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi chirurgici sull'Ano e sul Retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale

- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia
- Interventi chirurgici sulla mammella patologie oncologiche maligne escluse le protesi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALTRI INTERVENTI

- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Appendicectomia con Peritonite Diffusa
- Interventi chirurgici sul Midollo Spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi per Ricostruzioni di Gravi e Vaste Mutilazioni degli arti da trauma

GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

- Implantologia su osso mascellare e mandibolare da infortunio ed eseguita da medico chirurgo (ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del "Certificato" di Pronto Soccorso relativo all'"Infortunio" occorso), restando esclusi gli interventi per finalità puramente estetiche.
- Fratture dei mascellari superiori trattamento chirurgico ortopedico
- Resezione del mascellare superiore
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Osteiti mascellari, cisti follicolari e cisti radicolari

Esclusioni: non sono ammessi in garanzia gli interventi chirurgici eseguiti a scopo prevalentemente estetico e/o non conseguenti a patologia salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da "Infortunio"

A.2 Condizioni di rimborso

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente - senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso - le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'assistito. In questo caso, però, l'assistito non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva per la quali si veda il successivo paragrafo A. 4.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

Utilizzo di strutture non convenzionate con il Fondo

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'assistito nel limite di un massimale di 8.000,00 euro per ricovero con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 2.000,00 euro per intervento, fermi restando i limiti previsti alle singole garanzie.

A.3. Prestazioni

Qualora l'assistito venga ricoverato per effettuare un intervento chirurgico, come sopra definito, l'iscritto avrà diritto alle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

La presente garanzia comprende:

- esami
- accertamenti diagnostici
- visite specialistiche

effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma di rimborso all'assistito.

Intervento chirurgico

La presente garanzia comprende:

- onorari dell'équipe chirurgica (primo chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) secondo le risultanze del referto operatorio;

- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (le endoprotesi comprese).

La tipologia di intervento deve risultare in modo inequivocabile dalla cartella clinica.

Assistenza medica /Medicinali e cure in degenza

La presente garanzia comprende:

- prestazioni mediche e infermieristiche;
- consulenze medico-specialistiche;
- medicinali;
- esami;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- endoprotesi;

Nell'ipotesi di ricorso ad assistenza infermieristica privata individuale, la garanzia è prestata esclusivamente in forma di rimborso; il limite è di Euro 60,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per degenza.

Retta giornaliera di degenza

La presente garanzia comprende la copertura integrale delle spese eventualmente correlate all'utilizzo di camere a pagamento presenti nei ricoveri a carico del Servizio Sanitario nazionale, ovvero nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo.

Nell'ipotesi in cui la degenza avvenga in un istituto non convenzionato con il Fondo, la presente garanzia è prestata nel limite di Euro 300,00 al giorno.

Le giornate di degenza e le prestazioni effettuate devono risultare dalla cartella clinica.

Esclusioni: non sono comprese in garanzia spese voluttuarie.

Accompagnatore

La presente garanzia comprende:

- Retta di vitto e pernottamento nell' "Istituto di cura" per un accompagnatore dell'Assistito, la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture notule o ricevute.
- Nel caso di ricovero in un Istituto non convenzionato con il Fondo la garanzia è prestata con il limite giornaliero di Euro 100,00 e per il massimo di 45 giorni per ciascun anno assicurativo.

Trasporto dell'assistito

La presente garanzia comprende:

- il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il trasporto dell'assistito, con tutti i mezzi di trasporto, all'istituto di cura con il massimo di € 1040,00 per annualità assicurativa.
- Nel caso in cui l'istituto si trovasse all'estero i massimali di cui sopra di intendono raddoppiati.

Post-ricovero

La presente garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici
- medicinali*
- prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche**
- trattamenti fisioterapici o rieducativi **

effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo.

* I medicinali sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

** Le suddette prestazioni sono comprese in garanzia qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.

Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste ai paragrafi intitolati "Ricovero in Istituto di cura per interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Neonati

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese per grandi interventi chirurgici effettuati nei primi due anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite.

La garanzia è prestata nel limite annuo di Euro 2.000,00 per anno e prescinde dall'estensione della copertura al nucleo familiare, essendo attiva a favore del neonato che risulti a carico del lavoratore iscritto.

A.4. Indennità sostitutiva

L'assistito, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero. L'indennità verrà elevata a Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero, a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi sopra indicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

A.5. Massimale

Relativamente ai rimborsi correlati alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, il presente piano sanitario prevede un massimale di copertura che ammonta a Euro 150.000,00 per anno e per persona.

Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più possibilità di avere ulteriori prestazioni.

B. Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

B.1. Condizioni di rimborso

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuto dalla struttura sanitaria che eroga il servizio diagnostico).

Utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture con applicazione di una franchigia di Euro 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'assistito dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente alla documentazione comprovante l'avvenuto pagamento, la prescrizione, in originale, del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Utilizzo di strutture non convenzionate con il Fondo

Nel caso in cui l'assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fondo, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con un minimo non indennizzabile di Euro 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente alla documentazione comprovante l'avvenuto pagamento, la prescrizione, in originale, del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

B.2. Ambito della copertura per accertamenti diagnostici e terapie

La presente garanzia copre le seguenti prestazioni, entro i limiti indicati al paragrafo precedente ed entro il massimale previsto al successivo paragrafo B.3:

Alta diagnostica di immagine

- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Medicina Nucleare in Vivo

Diagnostica radiologica tradizionale

- Clisma opaco semplice e a doppio contrasto

- Colangiografia
- Colecistografia
- Mammografia
- Scialografia
- Urografia
- Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
- Rx ortopantomica
- Rx di organo o apparato o colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

Esami contrastografici

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Colangiografia
- Isterosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

Diagnostica strumentale

- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

B.3. Massimale

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni in questione corrisponde a Euro 6.000,00.

C. Assistenza extraspedalica

C.1. Ambito della copertura

Rientrano nell'ambito di questa copertura le seguenti prestazioni:

Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale

La presente garanzia copre le spese sostenute per fronteggiare gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale, fatta eccezione per quelli eseguiti a scopo prevalentemente estetico o comunque non conseguenti ad una patologia.

Il tipo di intervento deve risultare inequivocabilmente da opportuna certificazione rilasciata dal medico che ha eseguito la prestazione.

Per ciò che concerne le modalità e la misura del rimborso delle spese sostenute dall'iscritto per questo tipo di interventi vale quanto previsto al paragrafo A.2.

Visite specialistiche

Il presente piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio; sono escluse dall'ambito di operatività della garanzia in questione le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, nonché le visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Nel caso in cui l'assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuta dalla struttura sanitaria che eroga il servizio diagnostico).

Nel caso di **utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato** con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono pagate direttamente dal Fondo alle strutture interessate, con l'applicazione di una franchigia di Euro 30,00 per ogni visita specialistica, che l'assistito dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. L'assistito dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di **utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato** con il Fondo, il rimborso per ogni visita specialistica sarà effettuato con l'applicazione di un massimale di Euro 30,00. L'assistito dovrà presentare la ricevuta della spesa sostenuta.

Accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il presente piano sanitario prevede la **copertura integrale** dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici diversi da quelli indicati alla precedente lettera B. e conseguenti a malattia o a infortunio effettuati dal Servizio Sanitario Nazionale. Per ottenere il rimborso l'iscritto dovrà presentare al Fondo, unitamente al ticket comprovante l'avvenuto

pagamento, una fotocopia dell'impegnativa del medico curante.

Rientrano nell'ambito di copertura del presente piano sanitario anche i ticket per interventi di pronto soccorso, per i quali è previsto un rimborso in **misura integrale**.

I ticket dovranno essere trasmessi al Fondo con cadenza trimestrale.

Utilizzo di lenti per occhiali correttive della vista (a contatto o per occhiali)

Il presente piano sanitario prevede il pagamento di un contributo forfetario pari ad **Euro 120,00**.

Il predetto contributo ha validità triennale a decorrere dalla data del primo documento di spesa.

In deroga a quanto sopra, il contributo è riconosciuto annualmente (a decorrere dalla data del primo documento di spesa) nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti a:

- glaucoma;
- interventi chirurgici (quali cataratta, distacco di retine ecc.) per il solo anno successivo all'intervento;
- variazione del visus per i soggetti che non abbiano compiuto i 14 anni di età.

Prestazioni odontoiatriche

Il presente piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per i seguenti trattamenti odontoiatrici

- visita odontoiatrica
- Igiene orale
- Paradontologia
- Chirurgia orale
- Conservativa
- Endodonzia
- Implantologia
- Implanto-protesi
- Protesi fisse
- Protesi rimovibili
- Gnatologia
- Ortodonzia (solo fino a 14 anni)

Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari

Per i trattamenti effettuati presso strutture private, il Fondo prevede il pagamento di un contributo pari al **70%** della spesa sostenuta come risultante dalla fattura.

Per il complesso delle prestazioni rientranti nell'ambito della presente copertura è previsto un massimale annuo pari ad **Euro 200,00** per persona (per anno si intende il periodo di dodici mesi decorrenti dal primo documento di spesa).

Ai fini del rimborso, l'iscritto dovrà presentare al Fondo la documentazione comprovante le prestazioni; in ogni caso, il Fondo si riserva il diritto di richiedere le ortopantomie di inizio e fine cura e/o una visita medica di controllo.

D. Pacchetto maternità

Il presente piano sanitario prevede il rimborso delle ecografie e delle analisi clinico chimiche effettuate durante il periodo di gravidanza.

Tali prestazioni potranno essere somministrate anche dalle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo, con applicazione di tariffe agevolate e garanzia in forma rimborsuale.

Per il complesso delle prestazioni rientranti nell'ambito della presente copertura è previsto un massimale annuo pari ad Euro 700,00.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la presente copertura prevede altresì, **in aggiunta a quanto sopra**, il pagamento di un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Gli importi corrisposti a titolo di indennità di ricovero non andranno a smontare il limite annuo di Euro 700,00 sopra menzionato, valido solo per le prestazioni diagnostiche.

E. Pacchetti prevenzione

Il presente piano sanitario prevede la copertura delle spese relative a specifici programmi di prevenzione definiti, di volta in volta, dal Consiglio di Amministrazione del Fondo Sanitario, nell'ottica di agevolare l'individuazione dei fattori di rischio relativi alle patologie più frequenti.

Il piano di prevenzione attualmente disponibile prevede la copertura, ogni due anni, delle seguenti prestazioni da effettuarsi presso le strutture indicate dalla Centrale Operativa.

ANALISI DI BASE E PREVENZIONE DI PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

Prelievo venoso	Trigliceridi
AST-ALT	Azotemia
Creatinina	Gamma GT
Glicemia	PTT
Colesterolo totale	PT
Esame urine	P.C.R.
VES	T.O.R.C.H.
Elettrocardiogramma	HDL-LDL
Emocromo	Dosaggio omocisteina

PREVENZIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO

Prestazioni previste per le donne

Con età pari o superiore a 29 anni	PAP test, ecografia mammaria
Con età pari o superiore a 45 anni	Mammografia Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per gli uomini

Con età pari o superiore a 45 anni	PSA (specifico antigene prostatico) Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni Ecodoppler tronchi sovraortici
------------------------------------	--

Fabio Carniol
(Legale Rappresentante)

b) Prestazioni garantite per il Nucleo familiare (incluso il lavoratore iscritto)

Il Nomenclatore che segue indica analiticamente per ciascun livello di assistenza e per ciascuna categoria di prestazioni le voci ammissibili, la forma di erogazione (diretta/indiretta), le disposizioni particolari e l'importo del rimborso a favore del singolo assistito e del suo *nucleo familiare*.

Per le prestazioni non inserite nel predetto Nomenclatore il rimborso è effettuato secondo l'importo fissato relativamente alla prestazione assimilabile a quella oggetto della richiesta, secondo il giudizio del consulente medico del Fondo

I massimali relativi alle prestazioni, laddove non diversamente specificato, si intendono per nucleo e per anno.

Per "Assistito" si intende sia il lavoratore Assistito sia ogni singolo componente del Nucleo familiare del lavoratore

A. Ricovero in istituto di cura per interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio

A.1. Definizione di intervento chirurgico

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne
- Interventi sulle Paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

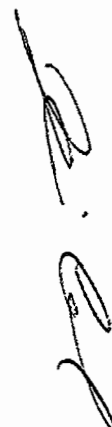
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per poliposi nasale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Chirurgia Gastrointestinale per Perforazioni
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi chirurgici sull'Ano e sul Retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche



UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia
- Interventi chirurgici sulla mammella patologie oncologiche maligne escluse le protesi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALTRI INTERVENTI

- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Appendicectomia con Peritonite Diffusa
- Interventi chirurgici sul Midollo Spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi per Ricostruzioni di Gravi e Vaste Mutilazioni degli arti da trauma

GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

- Implantologia su osso mascellare e mandibolare da infortunio ed eseguita da medico chirurgo (Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del "Certificato" di Pronto Soccorso relativo all'"Infortunio" occorso), restando esclusi gli interventi per finalità puramente estetiche".
- Fratture dei mascellari superiori, trattamento chirurgico ortopedico
- Resezione del mascellare superiore
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Osteiti mascellari, cisti follicolari e cisti radicolari

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e / o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito
- **Idrocefalo ipersecreativo**
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell'esofago
- Fistola dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice -abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare-abbassamento addomino perineale
- Esteratoma sacrococcigeo
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Fistole e cisti del canale onfalomesentrico con resezione intestinale

Esclusioni: non sono ammessi in garanzia gli interventi chirurgici eseguiti a scopo prevalentemente estetico e/o non conseguenti a patologia salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da "Infortunio" e/o quelli relativi ai bambini che non abbiano ancora compiuto il terzo anno di età.

A.2 Condizioni di rimborso

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente - senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso - le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti a carico dell'assistito. In questo caso, però, l'assistito non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva per la quali si veda il successivo paragrafo A. 4.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti e fino alla concorrenza della somma assicurata annua di rimborso.

Utilizzo di strutture non convenzionate con il Fondo

Le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'assistito nel limite di un massimale di 8.000,00 euro per ricovero con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 2.000,00 euro per intervento, fermi restando i limiti previsti alle singole garanzie. Detti limiti si intendono riferiti a ogni singolo componente del nucleo familiare iscritto.

A.3. Prestazioni

Qualora l'assistito venga ricoverato per effettuare un intervento chirurgico, come sopra definito, l'iscritto avrà diritto alle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero

La presente garanzia comprende:

- esami
- accertamenti diagnostici
- visite specialistiche

effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma di rimborso all'assistito.

Intervento chirurgico

La presente garanzia comprende:

- onorari dell'équipe chirurgica (primo chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) secondo le risultanze del referto operatorio;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento (le endoprotesi comprese).

La tipologia di intervento deve risultare in modo inequivocabile dalla cartella clinica.

Assistenza medica /Medicinali e cure in degenza

La presente garanzia comprende:

- prestazioni mediche e infermieristiche;
- consulenze medico-specialistiche;
- medicinali;
- esami;
- accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- endoprotesi;

Nell'ipotesi di ricorso ad assistenza infermieristica privata individuale, la garanzia è prestata esclusivamente in forma di rimborso; il limite è di Euro 60,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per degenza per persona, e con il massimo di 100 giorni per nucleo familiare.

Retta giornaliera di degenza

La presente garanzia comprende la copertura integrale delle spese eventualmente correlate all'utilizzo di camere a pagamento presenti nei ricoveri a carico del Servizio Sanitario nazionale, ovvero nelle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo.

Nell'ipotesi in cui la degenza avvenga in un istituto non convenzionato con il Fondo, la presente garanzia è prestata nel limite di Euro 300,00 al giorno.

Le giornate di degenza e le prestazioni effettuate devono risultare dalla cartella clinica.

Esclusioni: non sono comprese in garanzia spese voluttuarie.

Accompagnatore dell'assistito

La presente garanzia comprende:

- Retta di vitto e pernottamento nell' "Istituto di cura" per un accompagnatore dell'Assistito; la presente prestazione verrà corrisposta se debitamente documentata da fatture notule o ricevute.
- Nel caso di ricovero in un Istituto non convenzionato con il Fondo la garanzia è prestata con il limite giornaliero di Euro 100,00 e per il massimo di 100 giorni per Nucleo familiare per anno.

Trasporto dell'assistito

La presente garanzia comprende:

- il rimborso delle spese debitamente documentate da fatture, notule o ricevute, per il trasporto dell'assistito, con tutti i mezzi di trasporto all'istituto di cura con il massimo di Euro 2.000,00 per nucleo, per annualità assicurativa.
- Nel caso in cui l'istituto si trovasse all'estero i massimali di cui sopra di intendono raddoppiati.

Post-ricovero

La presente garanzia comprende:

- esami e accertamenti diagnostici
- medicinali*
- prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche**
- trattamenti fisioterapici o rieducativi**

effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato con il Fondo.

* I medicinali sono compresi in garanzia se prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

** Le suddette prestazioni sono comprese in garanzia qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura.

Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo liquida le spese previste ai paragrafi intitolati "Ricovero in Istituto di cura per interventi chirurgici a seguito di malattia e infortunio" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

Neonati

La presente garanzia comprende il rimborso delle spese per grandi interventi chirurgici effettuati *nei primi due anni di vita del neonato* per la correzione di malformazioni congenite.

La garanzia è prestata nel limite annuo di Euro 2.000,00 per anno.

A.4. Indennità sostitutiva

L'assistito, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero, per i primi 30 giorni di ricovero. L'indennità verrà elevata a Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero, a partire dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero per persona: con le stesse modalità la garanzia viene prestata per un massimo di 300 giorni per nucleo familiare e annualità assicurativa.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi sopra indicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

A.5. Massimale

Relativamente ai rimborsi correlati alle spese sostenute a seguito di ricovero in istituto di cura per grande intervento chirurgico a seguito di malattia e infortunio, il presente piano sanitario prevede un massimale di copertura che ammonta a Euro 150.000,00 per anno per ciascun componente del nucleo familiare.

B. Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

B.1. Condizioni di rimborso

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuto dalla struttura sanitaria che eroga il servizio diagnostico).

Utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Fondo ed effettuate da medici convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono liquidate direttamente dal Fondo alle strutture con applicazione di una franchigia di Euro 25,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'assistito dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente alla documentazione comprovante l'avvenuto pagamento, la prescrizione, **in originale**, del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Utilizzo di strutture non convenzionate con il Fondo

Nel caso in cui l'assistito si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con il Fondo, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 75% con un minimo non indennizzabile di Euro 55,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente alla documentazione comprovante l'avvenuto pagamento, la prescrizione, **in originale**, del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

B.2. Ambito della copertura per accertamenti diagnostici e terapie

La presente garanzia copre le seguenti prestazioni, entro i limiti indicati al paragrafo precedente ed entro il massimale previsto al successivo paragrafo B.3:

Alta diagnostica di immagine

- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Medicina Nucleare in Vivo

Diagnostica radiologica tradizionale

- Clisma opaco semplice e a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colecistografia
- Mammografia
- Scialografia
- Urografia
- Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
- Rx ortopantomica

- Rx di organo o apparato o colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

Esami contrastografici

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Colangiografia
- Isterosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

Diagnostica strumentale

- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

B.3. Massimale

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni in questione corrisponde a Euro 6.000,00 per anno per ciascun componente del nucleo familiare.

© Assistenza extraspedaliera

C.1. Ambito della copertura

Rientrano nell'ambito di questa copertura le seguenti prestazioni:

Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale

La presente garanzia copre le spese sostenute per fronteggiare gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale, fatta eccezione per quelli eseguiti a scopo prevalentemente estetico o comunque non conseguenti ad una patologia.

Il tipo di intervento deve risultare inequivocabilmente da opportuna certificazione rilasciata dal medico che ha eseguito la prestazione.

Per ciò che concerne le modalità e la misura del rimborso delle spese sostenute dall'iscritto per questo tipo di interventi vale quanto previsto al paragrafo A.2.

Visite specialistiche

Il presente piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio; sono escluse dall'ambito di operatività della garanzia in questione le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, nonché le visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica per *singolo componente del Nucleo Familiare* al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

Nel caso in cui l'assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In tal caso, l'interessato dovrà presentare al Fondo, unitamente al ticket per il quale è avanzata la richiesta di rimborso, una fotocopia dell'impegnativa rilasciata dal medico curante (l'originale verrà trattenuta dalla struttura sanitaria che eroga il servizio diagnostico).

Nel caso di **utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato** con il Fondo, le spese per le prestazioni erogate all'assistito vengono pagate direttamente dal Fondo alle strutture interessate, con l'applicazione di una franchigia di Euro 30,00 per ogni visita specialistica, che l'assistito dovrà versare alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. L'assistito dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso di **utilizzo di strutture sanitarie e di personale non convenzionato** con il Fondo, il rimborso per ogni visita specialistica sarà effettuato con l'applicazione di un massimale di Euro 30,00. L'assistito dovrà presentare la ricevuta della spesa sostenuta.

Accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Il presente piano sanitario prevede la **copertura integrale** dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici diversi da quelli indicati alla precedente lettera B. e conseguenti a malattia o a infortunio effettuati dal Servizio Sanitario Nazionale. Per ottenere il rimborso l'iscritto dovrà presentare al Fondo, unitamente al ticket comprovante l'avvenuto pagamento, una fotocopia dell'impegnativa del medico curante.

Rientrano nell'ambito di copertura del presente piano sanitario anche i ticket per interventi di pronto soccorso, per i quali è previsto un rimborso in **misura integrale**.

I ticket dovranno essere trasmessi al Fondo con cadenza trimestrale.

Utilizzo di lenti correttive della vista (a contatto o per occhiali)

Il presente piano sanitario prevede il pagamento di un contributo forfetario pari ad Euro 120,00 per singolo componente del nucleo familiare.

Il predetto contributo ha validità triennale a decorrere dalla data del primo documento di spesa.

In deroga a quanto sopra, il contributo per singolo componente del nucleo familiare è riconosciuto annualmente (a decorrere dalla data del primo documento di spesa) nel caso di nuove lenti correttive della vista conseguenti a:

- glaucoma;
- interventi chirurgici (quali cataratta, distacco di retine ecc.) per il solo anno successivo all'intervento;
- variazione del visus per i soggetti che non abbiano compiuto i 14 anni di età.

Prestazioni odontoiatriche

Il presente piano sanitario provvede al pagamento delle spese sostenute per i seguenti trattamenti odontoiatrici

- visita odontoiatrica
- Igiene orale
- Paradontologia
- Chirurgia orale
- Conservativa
- Endodonzia
- Implantologia
- Implanto-protesi
- Protesi fisse
- Protesi rimovibili
- Gnatologia
- Ortodonzia (solo fino a 14 anni)

Nel caso in cui l'assistito si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari

Per i trattamenti effettuati presso strutture private, il Fondo prevede il pagamento di un contributo pari al 70% della spesa sostenuta come risultante dalla fattura.

Per il complesso delle prestazioni rientranti nell'ambito della presente copertura è previsto un massimale annuo pari ad Euro 150,00 per singolo componente del nucleo, per anno (per anno si intende il periodo di dodici mesi decorrenti dal primo documento di spesa).

Ai fini del rimborso, l'iscritto dovrà presentare al Fondo la documentazione comprovante le prestazioni; in ogni caso, il Fondo si riserva il diritto di richiedere le ortopanoramiche di inizio e fine cura e/o una visita medica di controllo.

D. Pacchetto maternità

Il presente piano sanitario prevede il rimborso delle ecografie e delle analisi clinico chimiche effettuate durante il periodo di gravidanza.

Tali prestazioni potranno essere somministrate anche dalle strutture sanitarie convenzionate con il

Fondo, con applicazione di tariffe agevolate e garanzia in forma rimborsuale.

Per il complesso delle prestazioni rientranti nell'ambito della presente copertura è previsto un massimale annuo pari ad Euro 700,00 per persona.

In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la presente copertura prevede altresì, **in aggiunta a quanto sopra**, il pagamento di un'indennità di Euro 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Gli importi corrisposti a titolo di indennità di ricovero non andranno a smontare il limite annuo di Euro 700,00 sopra menzionato, valido solo per le prestazioni diagnostiche.

E. Pacchetti prevenzione

Il presente piano sanitario prevede la copertura delle spese relative a specifici programmi di prevenzione definiti, di volta in volta, dal Consiglio di Amministrazione del Fondo Sanitario, nell'ottica di agevolare l'individuazione dei fattori di rischio relativi alle patologie più frequenti.

Il piano di prevenzione attualmente disponibile prevede la copertura, ogni due anni, delle seguenti prestazioni da effettuarsi presso le strutture indicate dalla Centrale Operativa.

ANALISI DI BASE E PREVENZIONE DI PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

Prelievo venoso	Trigliceridi
AST-ALT	Azotemia
Creatinina	Gamma GT
Glicemia	PTT
Colesterolo totale	PT
Esame urine	P.C.R.
VES	T.O.R.C.H.
Elettrocardiogramma	HDL-LDL
Emocromo	Dosaggio omocisteina

PREVENZIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO

Prestazioni previste per le donne

Con età pari o superiore a 29 anni	PAP test ecografia mammaria
Con età pari o superiore a 45 anni	Mammografia Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per gli uomini

Con età pari o superiore a 45 anni	PSA (specifico antigene prostatico) Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni Ecodoppler tronchi sovraortici
------------------------------------	--

Fabio Carniol
(Legale Rappresentante)

