

**QUADRO DI SINTESI DELLE  
PROPOSTE CONCLUSIVE  
PER L'ASSISTENZA  
SANITARIA DEL GRUPPO  
EQUITALIA**

ALLEGATO 1 AL VERBALE DI ACCORDO DEL 30/7/ 2008

## Soggetti assistibili

Possono accedere alle coperture previste dal presente Piano sanitario i seguenti soggetti:

- i dipendenti del Gruppo Equitalia;
- I dipendenti esodati per tutto il periodo di permanenza nel fondo di settore;
- Il coniuge ed i figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente defunto in servizio.

In aggiunta ai soggetti sopra indicati, la copertura:

E' estesa ai relativi coniugi, ai conviventi more uxorio ai figli fiscalmente a carico, intendendosi per tali anche i figli di età fino a 30 anni non produttori di reddito anche se non conviventi. Per "Figli" si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, affido pre-adottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente. La copertura resta operante anche per i figli superiori ai 30 anni di età se invalidi al 100%.

L'assicurazione può essere estesa al coniuge (convivente MORE UXORIO) e ai figli fiscalmente non a carico e agli altri familiari (in questo caso devono essere assicurati tutti i componenti del nucleo familiare) risultanti dallo stato di famiglia del dipendente con premio a carico del dipendente secondo gli importi di seguito indicati:

- fino a 30 anni € 180,00 annui ;
- da 31 a 45 anni € 240,00 annui ;
- da 46 a 65 anni € 360,00 annui;
- da 66 a 75 anni € 500,00 annui (solo per il coniuge o convivente more uxorio).

Il personale in quiescenza aderirà alle condizioni previste nell'allegata tabella A.

## Prestazioni assicurate

L'assicurato può, a sua scelta, avvalersi della procedura di assistenza diretta presso strutture e/o medici convenzionati oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (assistenza indiretta).

Si specifica che:

- per Assistenza Diretta si intendono le modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito può scegliere di ricevere prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso strutture convenzionate senza anticipare la spesa ma delegando la compagnia assicuratrice a saldare in sua vece le fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante;

- il circuito sanitario convenzionato è l'insieme delle strutture sanitarie abilitate al ricovero notturno dei pazienti e dei centri di analisi e cura presso i quali l'assistito può ottenere l' "assistenza diretta".
- In caso di ricovero per malattia o infortunio, con o senza pernottamento (incluso quindi Day ospital o Day surgery) presso un istituto di cura convenzionato è previsto quindi il pagamento diretto delle spese di cura sostenute durante il ricovero per
  - Interventi ambulatoriali
  - Accertamenti diagnostici e terapia di alta specializzazione
  - Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici in genere.

### **Area Ricovero con intervento chirurgico**

Viene riconosciuto con un massimale di Euro 250.000,00 nucleo/anno quanto segue:

- spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- spese per visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni successivi il ricovero;
- spese per il trasporto dell'assicurato all'istituto di cura od in ambulatorio; tale garanzia viene prestata con un limite di € 5000,00 per evento con mezzo di trasporto scelto dall'assistito;
- spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- spese per le rette di degenza, l'assistenza medica ed infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati la presente Polizza copre l'assistito anche per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale.
- spese per esami, medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, anche a domicilio, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure dentarie e ortodontiche e relative protesi necessarie a seguito di infortunio, cure termali (escluse spese alberghiere), effettuate nei 100 giorni successivi al ricovero ed attinenti la patologia che ha determinato il ricovero;
- in caso di trapianto di organi (o parte di essi) sono altresì riconosciute tutte le spese di ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 75 giornaliera per un massimo di 30 giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero);

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad E 100,00 al giorno per un massimo di 150 giorni; raddoppio ad E 200,00 in caso di Grande intervento o trapianto . L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero.

## **PARTO CESAREO**

In caso di “parto cesareo programmato”, verranno rimborsate le spese di cui sopra con il limite massimo di Euro 6.000,00 per evento-riconoscibili al 100% in rete. Se il cesareo non è programmato eliminazione del sottolimito. Le spese relative alla gravidanza vengono riconosciute senza il limite cronologico dei 100 giorni e senza applicazione di franchigia e scoperti previste al di fuori del circuito convenzionato.

Tale sottolimito non vale per le prestazioni ed interventi medici – anche pre-parto – effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni .

## **Grandi Interventi Chirurgici**

In caso di GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (quelli elencati nella TABELLA B allegata), tutti i massimali annui per “Ricovero” si intendono prestati con il massimale annuo di €. 400.000,00. (Per i soli trapianti di organi ulteriore aumento del massimale ad E 500.000,00 per evento) Se il ricovero per sottoporsi al Grande Intervento Chirurgico viene programmato all'estero, le spese non strettamente sanitarie, ma pertinenti all'evento di malattia – quali quelle per il viaggio e la permanenza all'estero dell'assistito e di un accompagnatore di sua scelta- vengono rimborsate all'80% col limite di €. 20.000 per ricovero.

## **RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO**

Viene riconosciuto con un massimale di Euro 150.000,00 nucleo/anno (che per Gravi patologie non operabili ma che comportino rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti diventa E 300.000,00- inoltre, in questi casi, il rimborso di tutte le cure, inclusi gli eventuali medicinali non è soggetto al limite dei 100 giorni precedenti e successivi il ricovero; infine, sempre per tali evenienze, sono ricompresi in garanzia- purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura- tutti i trattamenti, i medicinali ed i mezzi di cura forniti dalla ricerca scientifica, purché contemplati da protocolli di cura anche sperimentali) quanto segue:

- spese per visite specialistiche, esami ed gli accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero;
- spese per il trasporto dell'assicurato all'istituto di cura od in ambulatorio; tale garanzia viene prestata con un limite di € 5000,00 per evento con mezzo di trasporto scelto dall'assistito ; .
- spese per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali e le rette di degenza riguardanti il periodo di ricovero;
- spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 75 giornaliero per un massimo di 30 giorni per evento- tale previsione vale anche all'estero-.
- spese per esami, acquisto medicinali, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero, purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero stesso.

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad E 100,00 per un massimo di 150 giorni; L'indennità sostitutiva è

corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero.

In caso di decesso conseguente a ricovero, avvenuto all'estero o nel territorio nazionale, vengono rimborsate le spese per il trasporto/rimpatrio della salma con un massimo di € 3000,00 per evento.

## **PARTO NATURALE**

In caso di parto fisiologico limite massimo 3.000 Euro, riconoscibili al 100% in rete; scoperto fuori rete 15% con un massimo a carico dell'assistito di € 1.500.

\*\*\*\*\*

Con riferimento sia al parto naturale che cesareo nessun limite è previsto per le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio, ne gli interventi e terapie mediche anche precedenti al parto effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni.

\*\*\*\*\*

Tutti i rimborsi sopra elencati e relativi a prestazioni ricevute in regime di ricovero o Day Hospital sono soggetti alle seguenti franchigie e scoperti:

- prestazione effettuata nei Centri convenzionati e/o con equipe mediche e chirurgiche convenzionate: totale esenzione anche per l'assistenza "mista"
- prestazione effettuata fuori rete: scoperto del 15% con un massimo di € 1.500= , le prestazioni in Day Hospital : scoperto del 15% con un massimo a carico dell'assistito di € 200,00

Tali importi resteranno a carico dell'assicurato ed opereranno per ogni singolo evento.

## **PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE**

### **Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione**

Sono rimborsate, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni .

- AMNIOCENTESI, CHEMIOTERAPIA, COBALTOTERAPIA, DIALISI, DIAGNOSTICA RADIOLOGICA, ECOGRAFIA, ECOCARDIOGRAFIA, ELETTROCARDIOGRAFIA, DOPPLER, ELETTROENCEFALOGRAFIA, LASERTERAPIA, RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE, M.O.C., SCINTIGRAFIA, T.A.C., TELECUORE.
- ANGIOGRAFIA, ARTERIOGRAFIA, BRONCOSCOPIA, COLONSCOPIA, DUODENOSCOPIA, ECODOPPLER, ENDOSCOPIA, ESOFAGOSCOPIA, GASTROSCOPIA, HOLTER, MIELOGRAFIA, RADIONEFROGRAMMA, RADIO TERAPIA

## COMPRESO COBALTO TERAPIA, TERAPIA INTERFONICA, UROGRAFIA, XEROGRAFIA.

In aggiunta alle prestazioni sopra specificatamente elencate, questa garanzia è fin d'ora operante, in relazione alle patologie di tipo oncologico, per qualunque trattamento e terapia, compresi quelli futuri ed innovativi, purchè prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura e contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata con il massimale di € 5.000,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – e con i seguenti scoperti e franchigie:

- pagamento diretto al 100% se prestazione effettuata nei Centri convenzionati
- scoperto del **25% con massimo di € 200,00=** se prestazione effettuata fuori rete

Lo scoperto non si applica per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi.

### **Visite specialistiche diagnostiche ordinarie e cure domiciliari ed ambulatoriali**

Sono rimborsate le spese:

- per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o specialista (compresi gli onorari dei medici);
- per noleggio di apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici (comprese le spese per i trattamenti stessi);
- per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o domiciliari, (compresi gli onorari dei medici).

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata con il massimale di € 3.000,00 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – e con i seguenti scoperti e le franchigie:

- pagamento riconosciuto al 100% se prestazione effettuata nei Centri convenzionati
- scoperto del 20% con minimo di €. 30,00= se prestazione effettuata fuori rete.

### **Protesi anatomiche, apparecchi acustici**

Sono rimborsate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio protesi anatomiche, stampelle, corsetti gessati ed apparecchi acustici) protesi anatomiche ed apparecchi acustici con il massimale di € 2.500 per nucleo familiare e per anno assicurativo e con il seguente limite di indennizzo:

- scoperto del 20% con minimo di € 50,00

### **CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO**

Le cure dentarie da infortunio fuori ricovero sono rimborsate con un massimale di euro 3000,00 anno/nucleo, scoperto 20% con minimo 150,00 euro.

### **PREVENZIONE ODONTOIATRICA**

Pagamento di una seduta di igiene orale e visita di prima valutazione effettuata una volta

all'anno e per ciascun assicurato effettuata in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione.

### **ALTRE CURE DENTARIE**

Le spese per cure dentarie conservative, estrazioni, otturazioni, prestazioni stomatologiche ed odontoiatriche (comprese protesi ed ortodontiche). sono rimborsate con riferimento al 155% della "TARIFFA ORDINE DEI MEDICI" (TOM) e sono soggette al massimale di E 2.200,00 anno/nucleo, con franchigia annua per tutto il nucleo familiare di E 150,00.

### **Rimborso Ticket SSN**

I ticket del SSN relativi a tutte le prestazioni coperte dalla garanzia vengono rimborsati al 100%.

Sono comunque esclusi i ticket relativi ai medicinali mutuabili, salvo che nei 100 giorni precedenti e successivi un ricovero.

### **Medicinali NON MUTUABILI**

Sono rimborsate le spese per medicinali non mutuabili con l'applicazione dello scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile di Euro 30,00 per ogni ricetta o prescrizione, inclusi i preparati omeopatici non mutuabili. Massimale assicurato di Euro 500,00 per nucleo/anno.

### **LENTI (ANCHE A CONTATTO)**

Sono rimborsate le spese per l'acquisto delle sole lenti e lenti a contatto, con il massimale di € 500 - inteso quale disponibilità unica per anno assicurativo e per ogni nucleo familiare – ed i seguenti scoperti e franchigie:

- scoperto del 20% con il minimo di Euro 50

Le fatture d'acquisto devono essere accompagnate da prescrizione del medico oculista, dell'ottico optometrista o dell'ortottico, attestante la variazione del "visus".

### **LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI GARANZIA**

L'assicurazione comunque non può coprire le persone di età superiore a 75 anni.

Non rientrano in copertura tutte quelle condizioni oggettive e soggettive che per ordinaria prassi assicurativa non vengono incluse in garanzia (quali ad esempio alcoolismo e tossicomania).

Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso di validità della polizza l'assicurazione cessa dopo il primo evento.

L'assicurazione vale durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per

ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione.

### **Assistenza indiretta a rimborso – Clausole Penali**

- In caso di prestazioni sanitarie erogate da strutture e medici non convenzionati l'assistito deve inoltrare la denuncia di sinistro entro 30 giorni dall'evento. Tale termine decorre dalla conclusione del ciclo di cure con le quali l'evento stesso è stato trattato.
- La denuncia – redatta utilizzando l'apposito modulo – deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché dagli originali delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute.

Qualora entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione il gestore dei sinistri non abbia provveduto a respingere il sinistro oppure a chiedere ulteriore documentazione, entro i successivi 15 giorni si provvederà ad effettuare il rimborso. Il termine per il pagamento sarà pari a 15 giorni dalla ricezione delle eventuali controdeduzioni o documentazioni integrative. Ogni ritardo rispetto ai termini stabiliti per il pagamento comporterà una maggiorazione automatica dell'indennizzo

**TABELLA A: PENSIONATI DAL 1/10/2006**

CATEGORIA	ETA' MAX	TARIFFA	GARANZIA
PENSIONATO	75	860	TOTALE
Familiari fiscalmente a carico del pensionato IPOTESI 1	75	Rientra nel premio del pensionato	PER TUTTO IL NUCLEO ASSICURATO ESCLUSIONE COPERTURA DENTARIA - RICOVERO IN CENTRI CONVENZIONATI FRANCHIGIA 15% CON MINIMO 750 €; RICOVERO IN CENTRI NON CONVENZIONATI FRANCHIGIA 15% CON MINIMO 1.500 €
Familiari fiscalmente a carico del pensionato IPOTESI 2	75	QUOTA DI € 860 A CARICO PENSIONATO + PAGAMENTO DI QUOTA INTEGRATIVA PER CIASCUN FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO COME PER FASCE DI SEGUITO INDICATE*	TOTALE
Familiari fiscalmente non a carico del pensionato	75	QUOTA DI € 860 A CARICO PENSIONATO + PAGAMENTO DI QUOTA INTEGRATIVA PER CIASCUN FAMILIARE NON FISCALMENTE A CARICO COME PER FASCE DI SEGUITO INDICATE*	TOTALE

\*

**fino a 30 anni € 180,00 annui;  
da 31 a 45 anni € 240,00 annui;  
da 46 a 65 anni € 360,00 annui;  
da 66 a 75 anni € 500,00 annui.**

**TABELLA B) ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

--

### **CHIRURGIA GENERALE**

#### **COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma

dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

## **ESOFAGO**

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli del l'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo- cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
  - Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
  - Esofageetomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
  - Esofagectomia per via toracoseopica
  - Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
  - Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiaca
  - Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toraeoscopia
  - Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transthoracica per varie esofagee

## **TORACE**

- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraelaveare e/o mediastinica
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoseopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lopectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoseopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamenti chirurgici di fistole ostie chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Esercizi per tumori delle coste o dello sterno

## **PERITONEO**

- Intervento di esportazione di tumori retroperitoneali

## **STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE**

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Gastrectomia prossimale ed esofageetomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofageetomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica

## **COLON - RETTO**

- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileo-rettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica

Resezione rettocolica con anastomosi colo- anale per via tradizionale o laparoscopica

- Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

## **FEGATO E VIE BILIARI**

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi buio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:

interventi di derivazione

- anastomosi porto-cava
- anastomosi spleno-renale
- anastomosi mesenterico-cava

interventi di devascularizzazione

- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

## **PANCREAS - MILZA - SURRENE**

- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

## **CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

## **CARDIOCHIRURGIA**

- Ablazione transcateretere
- Angioplastica coronarica
- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci

- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

## **NEUROCHIRURGIA**

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Lamineectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
- Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

## **CHIRURGIA VASCOLARE**

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-centrica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

## **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali

- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

### **CHIRURGIA ORTOPEDICA**

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

### **CHIRURGIA UROLOGICA**

- Nefrolitotrissia percutanea (PVL)
- Litotrissia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Plastiche per incontinenza femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

### **CHIRURGIA GINECOLOGICA**

- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Creazione di vagina artificiale
- Exenteratio pelvica
- Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomia per via laparoscopica

### **CHIRURGIA OCULISTICA**

- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomia
- Cerchiaggio per distacco di retina

### **CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA**

- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Asportazione tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Laringectomia sopraglottica o subtotale
- Laringectomie parziali verticali
- Laringectomia e faringolaringectomia totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto e l'espanto di organi;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione)