

PIANO SANITARIO VOLONTARI

FAMILIARI di DIPENDENTI e di TITOLARI, SOCI E COLLABORATORI

Decorrenza 1° gennaio 2021

Nomenclatore

Per Familiari si intendono i coniugi o conviventi e i figli, questi ultimi distinti in due fasce di età: da 0 fino a 18 anni di età e da 18 anni compiuti a 26 anni di età.

Le Prestazioni sono erogate direttamente da SAN.ARTI. in Autogestione o da UniSalute per conto di SAN.ARTI. Abbiamo quindi due Nomenclatori:

- A. Prestazioni in Autogestione erogate direttamente da SAN.ARTI.
- B. Prestazioni erogate da UniSalute per conto di SAN.ARTI.

Inoltre nel Piano sanitario dei Dipendenti e in quello dei Titolari, Soci e Collaboratori sono inserite gratuitamente le seguenti Prestazioni dedicate ai Figli minorenni, da 0 a 18 anni di età:

- A+. Prestazioni integrative per figli minorenni in Autogestione - erogate direttamente da SAN.ARTI.

Indice

A. PRESTAZIONI IN AUTOGESTIONE EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.....	3
A.1. Figli minorenni da 0 fino a 18 anni di età.....	3
▪ ALTA SPECIALIZZAZIONE	3
▪ VISITE SPECIALISTICHE, PSICOTERAPIA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	4
▪ TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	5
A+. PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER FIGLI MINORENNI IN AUTOGESTIONE - EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.....	7
1. Visita specialistica oculistica.....	7
2. Lenti graduate correttive	7
3. Visita specialistica ortopedica	8
4. Plantari ortopedici e altri ausili/protesi.....	8
5. Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico-molecolare.....	8
6. Assistenza per la non autosufficienza	10
a. assistenza per figlio minorenne con connotazione di gravità	
b. assistenza per figlio minorenne senza connotazione di gravità	
7. Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso	11
A.2. Coniuge o convivente fino a 75 anni di età; Figli da 18 anni compiuti a 26 anni di età.....	12
▪ TICKETS PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO	12
▪ ALTA SPECIALIZZAZIONE	12
▪ VISITE SPECIALISTICHE, PSICOTERAPIA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	14
▪ PACCHETTO MATERNITÀ	15
▪ TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI	16
▪ PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA	16
B.PRESTAZIONI EROGATE DA UNISALUTE PER CONTO DI SAN.ARTI.	18
B.1. Figli minorenni da 0 fino a 18 anni di età.....	18
AREA RICOVERO.....	18
ODONTOIATRIA.....	19
PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	19
B.2. Coniuge o convivente fino a 75 anni di età; Figli da 18 anni compiuti a 26 anni di età.....	19
AREA RICOVERO.....	20
ODONTOIATRIA.....	21
PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	21
ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI.....	22
ALLEGATO B - ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE	23

A. PRESTAZIONI IN **AUTOGESTIONE** EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.

A.1. Figli minorenni da 0 fino a 18 anni di età

▪ **ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Prestazione di tipo rimborsuale presso qualsiasi struttura privata per le prestazioni comprese in elenco.

Massimale annuo € **8.000**, sottomassimale per le prestazioni di endoscopia operativa € **2.000**.

Scoperto 25% con minimo non indennizzabile di € 20.

Elenco prestazioni di alta specializzazione ammesse al rimborso:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

– Qualsiasi radiografia di organo o apparato, compreso l'apparato osseo-scheletrico, tra cui l'ortopantomica

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Urografia
- Qualsiasi esame contrastografico dell'Apparato Digerente

Diagnostica per immagini

Ecografie

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordoppler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler Tiroide

Alta Diagnostica per immagini

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- TAC-PET
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Rmn cardiaca ad alta risoluzione
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Medicina nucleare in vivo

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Diagnostica strumentale e Specialistica

- Coronarografia

- Ecografia endovascolare
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Esame Urodinamico
- Fluoroangiografia oculare

Biopsie

- Tutte quale atto medico di prelievo.

Esami istologici e citologici

- Anche volti a stadiazioni di tumori maligni, immunoistologia, test di responsività a terapie immunologiche, biologiche, genetiche per i tumori maligni.

Endoscopie diagnostiche e operative

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancoloscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

▪ **VISITE SPECIALISTICHE, PSICOTERAPIA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Prestazione di tipo rimborsuale presso qualsiasi struttura privata per tutte le visite specialistiche e per gli Accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco "Alta specializzazione", con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Massimale complessivo annuo € 1.200, sottomassimale per gli Accertamenti diagnostici € 1.000 e sottomassimale per la Psicoterapia € 500.

Visite specialistiche: viene applicato uno scoperto del 25% con massimo indennizzabile di € 70.

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Accertamenti diagnostici: viene applicato uno scoperto del 25% con minimo non indennizzabile di € 30 per ogni accertamento diagnostico - sottomassimale € 1.000.

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessario l'accertamento diagnostico
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Psicoterapia: viene applicato uno scoperto 25% con sottomassimale di € 500.

Prestazione di tipo rimborsuale di un ciclo di sedute effettuato esclusivamente da psicoterapeuti abilitati iscritti all'Albo.

Documenti richiesti:

- certificazione del medico specialista psichiatra che abbia accertato la sussistenza di una delle seguenti patologie per cui la garanzia è valida:
 - depressione;
 - disturbi maniacali;
 - fobie;
 - disturbi ossessivi;
 - disturbi del comportamento alimentare;
 - comportamenti compulsivi;
 - abuso di sostanze;
 - gioco compulsivo.
- Copia della fattura del ciclo di sedute di psicoterapia per la patologia accertata
- Certificato di iscrizione dello psicoterapeuta all'Albo degli psicoterapeuti.

La richiesta di rimborso deve essere presentata in un'unica soluzione alla fine del ciclo di sedute, nei limiti del massimale annuo.

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

▪ **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

Prestazione di tipo rimborsuale.

Massimale € 350 all'anno.

Rimborso integrale dei Tickets sanitari.

Rimborso delle fatture emesse da strutture private nei limiti indicati.

Prestazioni rimborsabili:

- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante.

Documentazione richiesta per l'ammissione al rimborso:

- in caso di **Infortunio** – certificato di Pronto soccorso
- in caso di **Patologia**, prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente a una delle seguenti patologie per le quali la garanzia è valida:
 - Cardiopatie temporaneamente invalidanti
 - Forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa
 - Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
 - Ictus cerebrale
 - Interventi chirurgici cruenti e demolitivi
 - Protesizzazione degli arti
- documento di spesa rilasciato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione

La richiesta di rimborso deve essere presentata in un'unica soluzione dopo aver completato il ciclo di trattamenti fisioterapici.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

Nei Piani sanitari dei Dipendenti e dei Titolari, Soci e Collaboratori è prevista l'estensione gratuita di alcune prestazioni integrative riservate ai figli minorenni erogate in Autogestione direttamente da SAN.ARTI.

A+. PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER FIGLI MINORENNI IN **AUTOGESTIONE - EROGATE DIRETTAMENTE DA SAN.ARTI.**

1. Visita specialistica oculistica

Prestazione rimborsuale una volta l'anno.

Massimale annuo **€ 70**.

In caso di fatture emesse da strutture private: scoperto 25% con massimo indennizzabile di € 70.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica oculistica
- Documento di spesa/fattura del medico specialista

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

2. Lenti graduate correttive

Prestazione rimborsuale su documento di spesa, fattura o scontrino parlante, per qualsiasi tipo di lenti correttive graduate della vista:

- lenti graduate correttive per occhiali
- lenti a contatto graduate correttive anche del tipo usa e getta.

Massimale **€ 200** ogni 24 mesi su singolo documento di spesa, con una **franchigia di € 50**.

Documentazione richiesta:

- La prima volta che si richiede il rimborso allegare la prescrizione del medico oculista con indicazione del visus, cioè delle diottrie sferiche e/o cilindriche con il sistema TABO. Non allegare, alla prima richiesta, la certificazione dell'ottico o dell'ortottico.
- Dalla seconda richiesta di rimborso in poi si può scegliere se allegare la prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico optometrista, indicando la variazione del visus dalla prima richiesta, cioè la variazione delle diottrie sferiche e/o cilindriche.
- La prescrizione del medico oculista o la certificazione dell'ottico deve essere firmata dal professionista e deve contenere nome e cognome, visus con sistema TABO e data leggibili.
- La prescrizione dell'oculista o la certificazione dell'ottico è valida se è stata rilasciata fino a 12 mesi antecedenti la data della fattura o dello scontrino parlante.
- Nella richiesta di rimborso allegare il documento di spesa rilasciato in Italia, fattura o scontrino parlante, sia per gli occhiali da vista con lenti graduate che per le lenti graduate a contatto, che contenga le seguenti informazioni:
 - il Codice Fiscale del Figlio minorenne

- il dettaglio dell'acquisto con i relativi importi, cioè lenti graduate correttive, montatura, lavorazione, altro.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

3. Visita specialistica ortopedica

Prestazione rimborsuale una volta l'anno.

Massimale annuo **€ 70**.

In caso di fatture emesse da strutture private: scoperto 25% con massimo indennizzabile di € 70.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica ortopedica
- Documento di spesa/fattura del medico specialista

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

4. Plantari ortopedici e altri ausili/protesi

Prestazione rimborsuale su fattura emessa da fornitore autorizzato.

Massimale annuo **€ 100**.

I plantari, gli ausili e le protesi devono essere richiesti dal medico specialista del campo, ad esempio i plantari dallo specialista ortopedico del piede; per tutti la prescrizione medica deve contenere il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Elenco delle prestazioni ammesse al rimborso:

- plantari ortopedici;
- sistema di sedute posturali;
- passeggini posturali e da trasferimento;
- ausili per la deambulazione;
- ginocchiera articolata post intervento chirurgico;
- protesi acustica mono o bilaterale;
- apparecchi ortopedici per arto inferiore;
- apparecchi ortopedici per arto superiore;
- ortesi spinali;
- stampelle.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione
- Documento di spesa – fattura del fornitore autorizzato

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

5. Indagini genetiche – esami di laboratorio genetico-molecolare

Prestazione rimborsuale.

Massimale annuo: € 500.

In caso di fatture emesse da strutture private: scoperto 25%.

Documentazione richiesta:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessario l'esame
- Documento di spesa dove sia riconoscibile la prestazione
- Referto o esame della malformazione come da tabella seguente

TIPO MALFORMAZIONE	DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER IL RIMBORSO
ACONDROPLASIA (NANISMO)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o cartella clinica rilasciata alla nascita.
ANEMIA FALCIFORME	referto specialistico e/o referti di esami effettuati in precedenza
ANEUPLOIDIE MOLECOLARI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza (anche pre-natali)
ATASSIE SPINOCEREBELLARI	sia nella forma ereditaria che nella forma acquisita: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA DI FRIEDREICH	referto specialistico e/o elettromiografia precedentemente effettuata e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
ATASSIA-TELEANGECTASIA (AT)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
DISTONIA PRIMARIA O IDIOPATICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DISTONIA MIOTONICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
DISTROFIA MUSCOLARE	referto specialistico e/o di referto accertamento effettuato in precedenza
EMOCROMATOSI	Esame di laboratorio precedente e/o prescrizione con patologia
COREA DI HUNTINGTON GIOVANILE (JHD)	sia nei pazienti sintomatici che nei pazienti asintomatici: referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza e/o documentazione clinica di FAMIGLIARE eventualmente affetto dalla medesima patologia
DEFICIT DI ACIL -CoA DEIDRONENASI (MCDA DEFICIT)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SORDITA' CONGENITA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
SBMA (ATROFIA MUSCOLARE SPINO-BULBARE)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
X FRAGILE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
FATTORE VIII PER L'EMOFILIA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 21 IDROSSILASI (CAH)	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
DEFICIT 5ALFAREDUTTASI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

DEFICIT AROMATASI	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
FIBROSI CISTICA	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CROMATINA SESSUALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CARIOTIPO SU SANGUE PERIFERICO	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
CITOGENETICA POST-NATALE	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza
MICRODELEZIONE DEL CROMOSOMA Y	referto specialistico e/o referti di accertamenti effettuati in precedenza

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

6. Assistenza per la non autosufficienza

a. Assistenza per figlio minorenni con connotazione di gravità

Prestazione rimborsuale per l'assistenza e la cura di figlio minorenne non autosufficiente che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 3.

Massimale annuo **€ 2.400**

Prestazioni ammesse al rimborso:

- strumenti e/o prestazioni di assistenza specifica alla persona: carrozzina, badante, infermiere;
- prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante: visite, analisi, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy) con esclusione delle spese odontoiatriche.

Documentazione richiesta:

- copia del verbale rilasciato dalla ASL di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3 ("grave condizione di non autosufficienza")
- copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, ticket) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il figlio non autosufficiente
- copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche e i presidi sanitari.

b. Assistenza per figlio minorenne senza connotazione di gravità

Prestazione rimborsuale per l'assistenza e la cura di figlio minorenne non autosufficiente senza connotazione di gravità che necessita di assistenza ai sensi della Legge 104/92 art. 3 comma 1.

Rimborso del **50% delle spese sostenute, dal compimento del 3° anno di età fino al compimento del 18° anno di età**, per l'assistenza e la cura della/del figlia/o che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Massimale annuo € 600,00.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- prestazioni mediche e/o presidi acquistati su prescrizione del medico curante: visite, analisi, terapie di supporto (logopedista, pet-therapy) con esclusione delle spese odontoiatriche.

Documentazione richiesta:

- copia del verbale ASL validato dal Centro Medico Legale (CML) dell'Inps di appartenenza ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 1.
- copia dei documenti di spesa fiscalmente validi (fatture, ricevute, scontrini fiscali parlanti, ticket) riferiti alle spese di assistenza sostenute per il figlio non autosufficiente
- copia della prescrizione del medico curante per le prestazioni mediche e i presidi sanitari.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

7. Tickets per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e pronto soccorso

Prestazione di tipo rimborsuale.

Massimale annuo € 600.

Sono ammessi al rimborso tutti i Tickets emessi dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Documentazione richiesta:

- copia del documento di spesa, cioè la fattura attestante il Ticket sanitario rilasciato dal SSN, a decorrere dal 1° gennaio 2021.

La fattura deve indicare nome e cognome, codice fiscale, la ragione sociale della struttura sanitaria dove è stata effettuata la prestazione, e l'importo pagato. Deve inoltre essere riconoscibile il tipo di prestazione.

Sono ammesse al rimborso le fatture di Tickets sanitari aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

Tutte le prestazioni rimborsate direttamente da SAN.ARTI. in Autogestione devono essere state effettuate in Italia.

A.2. Coniuge o convivente fino a 75 anni di età; Figli da 18 anni compiuti a 26 anni di età

▪ **TICKETS PER VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO**

Prestazione di tipo rimborsuale.

Massimale annuo **€ 600**.

Sono ammessi al rimborso tutti i Tickets emessi dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Documentazione richiesta:

- copia del documento di spesa, cioè la fattura attestante il Ticket sanitario rilasciato dal SSN, a decorrere dal 1° gennaio 2021.

La fattura deve indicare nome e cognome, codice fiscale, la ragione sociale della struttura sanitaria dove è stata effettuata la prestazione, e l'importo pagato. Deve inoltre essere riconoscibile il tipo di prestazione.

Sono ammesse al rimborso le fatture di Tickets sanitari aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

▪ **ALTA SPECIALIZZAZIONE**

Prestazione di tipo rimborsuale presso qualsiasi struttura privata per le prestazioni comprese in elenco.

Massimale annuo **€ 8.000**, sottomassimale per le prestazioni di endoscopia operativa **€ 2.000**.

Scoperto 25% con minimo non indennizzabile di € 20.

Elenco prestazioni di alta specializzazione ammesse al rimborso:

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

– Qualsiasi radiografia di organo o apparato, compreso l'apparato osseo-scheletrico, tra cui l'ortopantomica

Radiologia convenzionale (con contrasto)

- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Urografia
- Qualsiasi esame contrastografico dell'Apparato Digerente

Diagnostica per immagini

Ecografie

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

Ecocolordoppler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler Tiroide

Alta Diagnostica per immagini

- Angio tc

- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- TAC-PET
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto
- Rmn cardiaca ad alta risoluzione
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Medicina nucleare in vivo

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Diagnostica strumentale e Specialistica

- Coronarografia
- Ecografia endovascolare
- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 Ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea
- Esame Urodinamico
- Fluoroangiografia oculare

Biopsie

- Tutte quale atto medico di prelievo.

Esami istologici e citologici

- Anche volti a stadiazioni di tumori maligni, immunoistologia, test di responsività a terapie immunologiche, biologiche, genetiche per i tumori maligni.

Endoscopie diagnostiche e operative

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repera

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

▪ **VISITE SPECIALISTICHE, PSICOTERAPIA E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Prestazione di tipo rimborsuale presso qualsiasi struttura privata per tutte le visite specialistiche e per gli Accertamenti diagnostici non compresi nell'elenco "Alta specializzazione", con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Massimale complessivo annuo € 1.200, sottomassimale per gli Accertamenti diagnostici € 1.000 e sottomassimale per la Psicoterapia € 500.

Visite specialistiche: viene applicato uno scoperto del 25% con massimo indennizzabile di € 70.

Documenti richiesti:

- Prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la visita specialistica
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Accertamenti diagnostici: viene applicato uno scoperto del 25% con minimo non indennizzabile di € 30 per ogni accertamento diagnostico - sottomassimale € 1.000.

Documenti richiesti:

- prescrizione medica con quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessario l'accertamento diagnostico
- Copia del documento di spesa attestante la prestazione con data successiva al 1° gennaio 2021.

Psicoterapia: viene applicato uno scoperto 25% con sottomassimale di € 500.

Prestazione di tipo rimborsuale di un ciclo di sedute effettuato esclusivamente da psicoterapeuti abilitati iscritti all'Albo.

Documenti richiesti:

- Certificazione del medico specialista psichiatra che abbia accertato la sussistenza di una delle seguenti patologie per cui la garanzia è valida:
 - depressione;
 - disturbi maniacali;
 - fobie;
 - disturbi ossessivi;
 - disturbi del comportamento alimentare;
 - comportamenti compulsivi;
 - abuso di sostanze;
 - gioco compulsivo.

- Copia della fattura del ciclo di sedute di psicoterapia per la patologia accertata
- Certificato di iscrizione dello psicoterapeuta all'Albo degli psicoterapeuti.

La richiesta di rimborso deve essere presentata in un'unica soluzione alla fine del ciclo di sedute, nei limiti del massimale annuo.

Sono ammesse al rimborso le fatture aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

▪ **PACCHETTO MATERNITÀ**

Destinatario: Coniugi o conviventi di Lavoratori Dipendenti o di Titolari, Soci e Collaboratori di impresa artigiana.

Prestazione di tipo rimborsuale a evento avvenuto (nascita, aborto) in un'unica soluzione.

Massimale **€ 1.300** per evento (nascita, aborto).

Rimborso integrale dei Tickets sanitari.

Rimborso delle fatture emesse da strutture private nei limiti previsti.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- 4 visite di controllo ostetrico ginecologico, che diventano 6 in caso di gravidanza a rischio certificata
- ecografie, morfologica e 3D comprese
- analisi clinico chimiche inerenti alla gravidanza, come ad es. emocromo, glicemia, Bi-test ecc.
- amniocentesi e villocentesi dopo i 35 anni; prima dei 35 anni solo in caso di malformazioni ereditarie o patologie sospette opportunamente certificate
- diaria o indennità di parto in caso di ricovero con pernottamento, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 5 giorni
- diaria o indennità in caso di parto in casa, con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 2 giorni
- indennità per ricovero con pernottamento anche in caso di aborto terapeutico o spontaneo con un sottomassimale di 80 € per un massimo di 5 giorni.

Documentazione richiesta - da presentare solo a evento avvenuto:

- certificato di gravidanza o di gravidanza a rischio
- Copia dei documenti di spesa – fatture o ricevute - inerenti alla tua maternità
- La lettera di dimissioni della Struttura sanitaria dove si è verificato l'evento: la nascita o l'aborto, oppure la cartella ostetrica del parto in casa.

Si possono presentare i documenti di spesa relativi al Pacchetto Maternità – in un'unica soluzione a evento avvenuto - con data decorrente dal 1° gennaio 2021 e fino a un anno dopo la data evento (nascita o aborto).

▪ **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

Prestazione di tipo rimborsuale.

Massimale **€ 350** all'anno.

Rimborso integrale dei Tickets sanitari.

Rimborso delle fatture emesse da strutture private nei limiti indicati.

Prestazioni rimborsabili:

- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di patologia temporaneamente invalidante.

Documentazione richiesta per l'ammissione al rimborso:

- in caso di **Infortunio** – certificato di Pronto soccorso
- in caso di **Patologia**, prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente a una delle seguenti patologie per le quali la garanzia è valida:
 - Cardiopatie temporaneamente invalidanti
 - Forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa
 - Fratture patologiche di grado elevato temporaneamente inabilitanti
 - Ictus cerebrale
 - Interventi chirurgici cruenti e demolitivi
 - Protesizzazione degli arti
- documento di spesa rilasciato da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione

La richiesta di rimborso deve essere presentata in un'unica soluzione dopo aver completato il ciclo di trattamenti fisioterapici.

Sono ammessi al rimborso i documenti di spesa aventi data successiva al 1° gennaio 2021 e fino a un anno dalla loro emissione.

▪ **PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA**

Prestazione rimborsuale su fattura di struttura privata a scelta, senza prescrizione medica e senza l'applicazione di franchigia o scoperto, con i limiti previsti.

L'iscritta/o può effettuare in tutto o in parte le prestazioni previste, purché in un'unica soluzione e una volta l'anno. Si può presentare un'unica domanda di rimborso all'anno per ogni pacchetto di prevenzione, cardiovascolare e oncologico.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Età minima 40 anni - da effettuarsi in un'unica soluzione una volta l'anno.

Massimale **€ 150**.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- diagnostica ematochimica caratterizzata da: esame emocromocitometrico, VES, glicemia, azotemia, creatininemia, colesterolo totale e Hdl, trigliceridi, omocisteina;

- indagini specifiche: visita specialistica cardiologica, ECG basale e da sforzo.

PREVENZIONE ONCOLOGICA FEMMINILE E MASCHILE

▪ **Prevenzione delle patologie oncologiche femminili**

Per donne di età superiore a 40 anni - da effettuarsi in un'unica soluzione una volta l'anno.

Massimale **€ 200**.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- diagnostica ematochimica caratterizzata da: Esame emocromocitometrico, VES, Ca 125, esame urine;
- indagini specifiche: Visita ginecologica e senologica (Unico specialista), pap test, Esame mammografico con prescrizione medica, Ecografia dell'apparato genitale femminile per via transvaginale.

▪ **Prevenzione delle patologie oncologiche maschili**

Per uomini di età superiore a 45 anni - da effettuarsi in un'unica soluzione una volta l'anno.

Massimale **€ 160**.

Prestazioni ammesse al rimborso:

- diagnostica ematochimica basata su: esame emocromocitometrico, VES, esame urine;
- indagini specifiche: visita specialistica urologica, ecografia prostatico vescicale transrettale, dosaggio Psa.

Tutte le prestazioni rimborsate direttamente da SAN.ARTI. in Autogestione devono essere state effettuate in Italia.

B.PRESTAZIONI EROGATE DA UNISALUTE PER CONTO DI SAN.ARTI.

B.1. Figli minorenni da 0 fino a 18 anni di età

AREA RICOVERO

presso Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute o presso il SSN.

Massimale annuo € 120.000.

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO** tra quelli compresi nell'elenco dell'Allegato A

Il ricovero chirurgico viene considerato fino a 25 giorni di pernottamento come fase di acuzie, dal 26° al 100° giorno come ricovero in lungodegenza.

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero chirurgico in Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute:

- pre-ricovero
- Intervento chirurgico
- Assistenza medica, medicinali, cure
- Rette di degenza
- Accompagnatore - sottomassimale 75€/25gg
- Assistenza infermieristica privata individuale - Sottomassimale 80€/25gg
- Post ricovero
- Trasporto sanitario - sottomassimale 1.500 € per ricovero
- Intervento chirurgico ambulatoriale o day-surgery presente nell'elenco dell'Allegato A

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero chirurgico in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale – SSN:

- indennità sostitutiva o diaria, anche nel caso di day-surgery e per tutti gli interventi di trapianto d'organo effettuati presso il SSN
- sottomassimale 100 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 25 giorni per ricovero; 130 € per ogni giorno di ricovero con pernottamento a partire dal 26° giorno fino al 100° giorno di ricovero in lungodegenza.
- inoltre, se durante il ricovero vengono sostenute delle spese per il pernottamento in una camera singola a pagamento o per tickets sanitari, SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato.

- **RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE** tra quelle comprese nell'elenco dell'Allegato B

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero medico in Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute:

- pre-ricovero
- Assistenza medica, medicinali, cure
- Rette di degenza
- Accompagnatore - sottomassimale 75€/25gg

- Assistenza infermieristica privata individuale - sottomassimale 80€/25gg
- Post ricovero
- Trasporto sanitario - sottomassimale 1.500 € per ricovero
- Ricovero in Day Hospital per patologia presente nell'elenco dell'Allegato B

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero medico in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale – SSN:

- indennità sostitutiva o diaria
- sottomassimale 40 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 25 giorni per ricovero
- inoltre, se durante il ricovero vengono sostenute delle spese per il pernottamento in una camera singola a pagamento o per tickets sanitari, SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato.

ODONTOIATRIA

- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI** – prevenzione gratuita - presso strutture e dentisti convenzionati previa autorizzazione di UniSalute o rimborso dei Tickets sanitari se si sceglie il SSN.
 - visita specialistica e ablazione: 1 visita l'anno
 - 0-14 anni fluorazione e sigillatura dei solchi: 1 visita l'anno
 -

- **ORTODONZIA**

Presso Strutture e dentisti convenzionati previa autorizzazione di UniSalute. Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa; in caso di cure ortodontiche presso il SSN: rimborso dei Tickets sanitari.

Massimale annuo € 500.

- **IMPLANTOLOGIA** - solo per i Figli dai 15 ai 18 anni di età. Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa - presso Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute.

Massimale annuo € 3.200, sublimite di € 800 per ogni impianto fino a un massimo di 4 impianti l'anno.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

B.2. Coniuge o convivente fino a 75 anni di età; Figli da 18 anni compiuti a 26 anni di età

AREA RICOVERO

presso strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute o presso il SSN.

Massimale annuo € 120.000.

- **RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON INTERVENTO CHIRURGICO** tra quelli compresi nell'elenco dell'Allegato A

Il ricovero chirurgico viene considerato fino a 25 giorni di pernottamento come fase di acuzie, dal 26° al 100° giorno come ricovero in lungodegenza.

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero chirurgico in Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute:

- pre-ricovero
- Intervento chirurgico
- Assistenza medica, medicinali, cure
- Rette di degenza
- Accompagnatore
- Assistenza infermieristica privata individuale - Sottomassimale 80€/25gg
- Post ricovero
- Trasporto sanitario - sottomassimale 1.500 € per ricovero
- Intervento chirurgico ambulatoriale o day-surgery presente nell'elenco dell'Allegato A

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero chirurgico in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale – SSN:

- indennità sostitutiva o diaria, anche nel caso di day-surgery e per tutti gli interventi di trapianto d'organo effettuati presso il SSN
- sottomassimale 100 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 25 giorni per ricovero; 130 € per ogni giorno di ricovero con pernottamento a partire dal 26° giorno fino al 100° giorno di ricovero in lungodegenza.
- inoltre, se durante il ricovero vengono sostenute delle spese per il pernottamento in una camera singola a pagamento o per tickets sanitari, SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato.

- **RICOVERO MEDICO IN ISTITUTO DI CURA PER PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE** tra quelle comprese nell'elenco dell'Allegato B

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero medico in Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute:

- pre-ricovero
- Assistenza medica, medicinali, cure
- Rette di degenza
- Accompagnatore
- Assistenza infermieristica privata individuale - sottomassimale 80€/25gg
- Post ricovero
- Trasporto sanitario - sottomassimale 1.500 € per ricovero

- Ricovero in Day Hospital per patologia presente nell'elenco dell'Allegato B

Spese riconosciute da SAN.ARTI. per ricovero medico in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale – SSN:

- indennità sostitutiva o diaria
- sottomassimale 40 € al giorno per ogni giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 25 giorni per ricovero
- inoltre, se durante il ricovero vengono sostenute delle spese per il pernottamento in una camera singola a pagamento o per tickets sanitari, SAN.ARTI. tramite UniSalute rimborsa integralmente quanto anticipato.

ODONTOIATRIA

- **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI** – presso strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute o rimborso dei Tickets sanitari se si sceglie il SSN.
 - visita specialistica e ablazione: 1 visita l'anno
- **ORTODONZIA** - solo per i figli da 18 anni compiuti a 26 anni di età. Presso Strutture e dentisti convenzionati previa autorizzazione di UniSalute. Garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa; in caso di cure ortodontiche presso il SSN: rimborso dei Tickets sanitari.

Massimale annuo € 500.

- **IMPLANTOLOGIA** - garanzia valida per i figli da 18 anni compiuti e fino ai 26 anni e per la/il coniuge/convivente superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa - presso Strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute.

Massimale annuo € 3.200, sublimite di € 800 per ogni impianto fino a un massimo di 4 impianti l'anno.

- **AVULSIONI** - garanzia valida superato l'anno di carenza, dal secondo anno di copertura continuativa - presso strutture convenzionate previa autorizzazione di UniSalute. Garanzia valida se propedeutica a implantologia o per dente del giudizio - massimo n°4 denti l'anno.

PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Isritto, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di una autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

ALLEGATO A - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Qualsiasi **neoplasia** maligna di organo o apparato. La diagnosi per la presa in carico e il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione di importante sospetto diagnostico supportato da idonea documentazione clinica (Citologia, istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc.). La presa in carico, secondo questa metodologia, dà una precisione diagnostica molto elevata ma non totalmente certa. Laddove la diagnosi istologica finale risulti in una situazione di benignità dovrà essere comunque onorata, secondo quanto preso in carico, con la diagnosi iniziale.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Anastomosi entero-esofagee
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 33
- Colectomia con qualsiasi tecnica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale - addominale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Fistole entero-enteriche
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di resezione, totale o parziale, dell'esofago
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
- Intervento per prolasso rettale
- Polipectomia per via laparotomica
- Interventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Intervento chirurgico per enfisema bollosa
- Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Tutti gli interventi in sala emodinamica sul cuore

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

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

GINECOLOGIA

- Interventi per endometriosi
- Isterectomia con eventuale microchirurgia e annessiectomia
- Miomectomia
- Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi sul plesso brachiale
- Intervento per ernie del disco lombo sacrali
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale

OCULISTICA

- Calazio

- Cataratta e interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Interventi chirurgici per glaucoma
- Retina, intervento per distacco

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Amputazioni di piccoli, medi e grandi segmenti
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Sostituzione delle protesi
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi per costola cervicale
- Interventi su legamenti, menisco e sinovia del ginocchio in artroscopia
- Meniscectomia in artroscopia
- Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti
- Riparazione cuffia dei rotatori e acromionplastica spalla
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi sul ginocchio in artroscopia

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia)
- Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia
- Interventi per poliposi nasale
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Laringectomia parziale
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Svuotamento dell'etmoide
- Turbinati inferiori svuotamento (come unico intervento)

UROLOGIA

- Calcolosi urinaria
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Prostatectomia sottocapsulare
- Surrenalectomia
- Varicocele in microchirurgia

N.B. Tutti gli interventi possono essere eseguiti con la tecnica migliore di scelta da parte del chirurgo operatore (endoscopia, a cielo aperto, laparoscopia, robotica, etc.).

ALLEGATO B - ELENCO PATOLOGIE DI IMPORTANZA RILEVANTE

- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) - Fase di riacutizzazione
- Sindromi influenzali in fase di complicanza e/o di superinfezione batterica dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Infezioni febbrili di qualsiasi organo o apparato che richiedano certezza diagnostica o siano resistenti alle terapie antibiotiche dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Patologie infiammatorie in acuzie dei distretti centrali Cuore e Grandi vasi e periferici venoso ed arterioso ed eventuali complicanze (Embolia Stenosi etc)
- Anemia acuta con Hb <8 gr/dl
- Fasi acute di malattie reumatiche, immunologiche, autoimmuni
- Patologie infiammatorie acute dell'intero distretto addomino pelvico
- Tiroiditi acute con interessamento cardiaco
- Infarto miocardico
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure; terapia del dolore e cure palliative terminali
- Diabete scompensato in trattamento insulinico
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.