



---

***PIANO SANITARIO INTEGRATIVO PER DIPENDENTI DI  
IMPRESE ARTIGIANE***

---



Associazione Artigiani e Piccole Imprese  
della Provincia di Trento



01/03/2016

## **LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

### **OGGETTO DELLE GARANZIE**

**TUTTE LE GARANZIE SONO OPERANTI IN CASO DI MALATTIA E DI INFORTUNIO AVVENUTO DURANTE L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO PER LE SPESE SOSTENUTE PER:**

- 1. Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico (come da elenco allegato)*
- 2. Area specialistica pubblica (ticket)*
- 3. Area specialistica privata (Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio)*
- 4. Pacchetto maternità*
- 5. Prestazioni odontoiatriche particolari*
- 6. Implantologia*
- 7. Avulsioni (solo se rese necessarie da prestazioni di implantologia)*
- 8. Invalidità permanente da infortunio sul lavoro o da gravi patologie (elencate)*
- 9. Non autosufficienza*

Per ottenere le prestazioni ci si rivolge:

- a) al Servizio Sanitario Nazionale;
- b) a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il Fondo;
- c) a strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il Fondo.

### **PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO**

I sussidi e servizi sono prestati a favore dei lavoratori dipendenti delle Imprese Artigiane della provincia di Trento, per tutte le tipologie contrattuali ad eccezione dei contratti di lavoro a chiamata, cui si aggiungono i lavoratori dipendenti delle Associazioni Sindacali, delle Imprese e dei lavoratori, e le loro strutture operative e di servizio, costituenti il Fondo.

## 1. Area ospedaliera

### 1.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio

In caso di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico reso necessario da malattia o infortunio, il Fondo provvede al rimborso delle spese sostenute per le seguenti prestazioni:

#### a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche sostenuti nei **60 giorni** precedenti l'inizio del ricovero per l'intervento chirurgico.

#### b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico nonché diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.

#### c) Assistenza medica, medicinali, cure

Assistenza medica ed infermieristica, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero per l'intervento chirurgico.

#### d) Post-ricovero

Esami ed accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura od ambulatorio nei **60 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero per l'intervento chirurgico.

#### e) Retta di degenza

Viene rimborsata la spesa per la retta di degenza e/o ricovero per l'intervento chirurgico nel limite di € 300,00 al giorno.

#### f) Accompagnatore

Vengono rimborsate le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

#### g) Assistenza infermieristica privata individuale

Vengono rimborsate le spese per assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

### 1.2 Trasporto sanitario

Vengono rimborsate le spese per il trasporto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario, all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con un massimo di € 1.500,00 per ricovero.

### 1.3 Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Fondo rimborsa le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" 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 e medicinali;
- rette di degenza.

### 1.4 Neonati

Il Fondo provvede al rimborso delle spese per i ricoveri con intervento effettuati nei primi 3 anni di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in una struttura alberghiera per il periodo del ricovero, nel limite annuo di € 10.000,00 (diecimila).

Si precisa che:

- la garanzia per i neonati si intende operante per tutti gli interventi chirurgici (non solo quelli ricompresi nell'allegato) effettuati in regime di ricovero e resi necessari per la correzione di malformazioni congenite;
- non sono ricompresi gli interventi effettuati in regime di Day Hospital o in regime ambulatoriale (interventi chirurgici ambulatoriali);
- non è prevista l'erogazione della garanzia "indennità sostitutiva";

- le modalità di erogazione delle prestazioni sono quelle riportate al successivo punto “modalità di erogazione delle prestazioni”.

### **1.5 Modalità di erogazione delle prestazioni e massimale**

Le relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nel limite di un massimale di € 8.000,00 per intervento chirurgico con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 2.000,00 per intervento. Nel calcolo dello scoperto non vengono prese in considerazione le seguenti voci:

- punto 1.1 Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio:
  - lett. e) “Retta di degenza”;
  - lett. f) “Accompagnatore”;
  - lett. g) “Assistenza infermieristica privata individuale”;
- punto 1.2 Trasporto sanitario;
- punto 1.4 Neonati

che vengono rimborsate nei limiti previsti ai punti indicati.

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto “Indennità Sostitutiva”.

Qualora l'iscritto sostenga, durante il ricovero, delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo rimborserà integralmente quanto anticipato dall'iscritto nei limiti previsti nei diversi punti in aggiunta all'importo complessivo dell'indennità sostitutiva.

### **1.6 Indennità sostitutiva**

L'iscritto, qualora non richieda alcun rimborso al Fondo, né per il ricovero (come da elenco allegato) né per altra prestazione ad esso connessa (fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari) avrà diritto ad un'indennità di € 100,00 per ogni giornata di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero.

NB: la prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

### **1.7 Massimale assicurato**

La somma annua a disposizione per il complesso delle garanzie di cui al punto 1. “Area ospedaliera” corrisponde ad € 90.000,00 (novantamila) per persona

## **2. Area specialistica pubblica**

### **2.1 Ticket per prestazioni sanitarie**

All'iscritto, nel caso in cui effettui prestazioni sanitarie presso il Servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie private e liberi professionisti operanti provvisoriamente in accreditamento di convenzione per conto e a carico del Servizio sanitario regionale o Servizio sanitario provinciale, è riconosciuto un sussidio pari al 75 % del ticket.

In ogni caso, il documento fiscale dovrà necessariamente essere accompagnato da copia dell'impegnativa del medico di base.

**Il massimale assicurato è pari a € 700,00.**

### **2.2 Prevenzione e controllo**

Il piano sanitario provvede al rimborso di tutti i ticket sanitari delle prestazioni diagnostiche eseguite anche solo a scopo di prevenzione.

Per consentire una adeguata prevenzione di tutte le possibili patologie, sono rimborsati tutti i ticket sostenuti presso il SSN per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, eseguite anche a solo scopo preventivo come ecografie, mammografie, doppler, analisi cliniche, pap test, markers tumorali.

Il massimale assicurato per le prestazioni di cui al punto 2.2 è di € 1.000,00 per iscritto.

## **3. Area specialistica privata e convenzionata**

Visite specialistiche – alta specializzazione e diagnostica strumentale - esami di laboratorio

### **3.1 Visite specialistiche**

All'iscritto, nel caso effettui visite specialistiche presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % della spesa sostenuta con un massimo di 40,00 (quaranta/00) Euro per ciascuna visita.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, restano in carico dell'iscritto € 20,00 per ogni visita specialistica.

**Il massimale assicurato è pari a € 700,00.**

### **3.2 Alta specializzazione e diagnostica strumentale**

All'iscritto, nel caso effettui esami di alta specializzazione o diagnostica strumentale presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % della spesa sostenuta con un massimo di 50,00 (cinquanta/00) Euro per accertamento.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, restano in carico dell'iscritto € 30,00 per ogni ecografia/ecodoppler o € 20,00 per prestazione/ciclo di terapia per tutte le prestazioni diverse da ecografia/ecodoppler.

**Il massimale assicurato è pari a € 6.000,00.**

### 3.3 Esami di laboratorio

All'Isritto, nel caso effettuati esami di laboratorio, presso strutture sanitarie private o in libera professione intramurale, viene corrisposto un sussidio pari al 50 % del documento fiscale con un massimo di 50,00 (cinquanta/00) Euro per esame.

**Il massimale assicurato è pari a € 500,00.**

### Esclusioni

I sussidi previsti ai punti 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3, non sono concessi per le prestazioni inerenti la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, la Medicina olistica, l'Agopuntura, la Chiropratica, l'Iridologia, l'Omeopatia, il rilascio di patenti automobilistiche, nautiche o di volo, brevetti e abilitazioni.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina o Chirurgia, nonché visite specialistiche effettuate presso studi odontoiatrici/ortodontici.

### 4. Pacchetto maternità

Il piano sanitario prevede il rimborso delle ecografie, delle visite di controllo ostetrico ginecologiche (fino ad un massimo di 6) e delle analisi clinico chimiche (sono altresì ricomprese anche l'amniocentesi e villocentesi. Queste ultime vengono rimborsate solamente se la lavoratrice ha un'età superiore ai 35 anni oppure se esiste già una malformazione familiare, per famiglia si intende parenti di 1° grado o nel caso di patologie sospette.) effettuate durante il periodo di gravidanza.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 1.000,00 per iscritta all'anno.

In aggiunta a quanto sopra, la garanzia prevede inoltre, in occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. Tale indennità verrà corrisposta anche in caso di ricovero per aborto terapeutico.

### 5. Prestazioni odontoiatriche particolari

Sono rimborsabili le spese per una visita specialistica e una seduta di igiene orale l'anno effettuate presso strutture convenzionate con il Fondo.

Le prestazioni vengono rimborsate nella misura del:

- 100% per quanto riguarda la visita specialistica odontoiatrica;
- 100% per quanto riguarda la seduta di igiene orale (ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale)

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

- Fino a € 200,00 all'anno per persona per le cure odontoiatriche.

Qualora a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Isritto, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con il Fondo, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

### 6. Implantologia

Il Fondo prevede una somma annua massima a disposizione di € 2.800,00 (duemilaottocento/00) per prestazioni di implantologia dentale solo presso le strutture sanitarie ed il personale convenzionato con il Fondo.

Ai fini del rimborso dovranno essere presentate le radiografie ed i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

- a) **Applicazione di tre o più impianti.** La garanzia opera nel caso di applicazione di tre o più impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio ed il perno/moncone relativi ai 3 o più impianti.
- b) **Applicazione di due impianti.** Viene previsto un sottolimito annuo massimo a disposizione di € 1.000,00 (mille/00) nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio ed il perno/moncone relativi ai 2 impianti. Qualora nel corso della medesima annualità di copertura, dopo aver attivato la garanzia prevista al punto "Applicazione di un impianto" si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà rimborsato nell'ambito del sottolimito di € 1.000,00 (mille/00) previsto in questa garanzia, al netto di quanto già autorizzato o rimborsato.
- c) **Applicazione di un impianto.** Viene previsto un sottolimito annuo massimo a disposizione di € 550,00 (cinquecentocinquanta/00) nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio ed il perno/moncone relativi all'impianto.

### 7. Avulsione

La garanzia opera nel caso di avulsione fino ad un massimo di 4 denti all'anno, solo se resa necessaria da una prestazione di implantologia e solo presso le strutture ed il personale convenzionato con il Fondo. Le spese vengono rimborsate senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Ai fini del rimborso dovranno essere presentate le radiografie ed i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.



## 8. Invalidità permanente

Il Fondo rimborsa le spese sanitarie e/o l'erogazione di servizi di assistenza per stati di grave inabilità causati da infortunio sul lavoro che determina un'invalidità permanente superiore al 50% (tabella di riferimento I.N.A.I.L.) oppure causati da una delle seguenti gravi patologie:

- Ictus;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Trapianto di cuore, fegato, polmone, rene, midollo sp. o pancreas;
- Fibrosi cistica;
- Ischemia arterie vertebrali.

Si precisa che l'infortunio sul lavoro deve essere documentato da certificato di Pronto Soccorso.

Somma a disposizione UNA TANTUM € 7.000,00 (settemila/00).

## 9. Non autosufficienza

A favore dei lavoratori delle imprese artigiane è stipulato un contratto di assicurazione per la copertura dello stato di non autosufficienza (incapacità di svolgere in modo autonomo tre delle quattro attività ordinarie della vita: lavarsi, mangiare, spostarsi e vestirsi).

### Massimale assicurato

E' garantito un vitalizio annuo pari ad € 7.200,00(€ 600,00 mensili).

L'Assicurato in alternativa alla rendita vitalizia monetaria potrà optare per avere servizi assistenziali attraverso una rete di strutture convenzionate con tariffe calmierate. In tal caso la rendita vitalizia mensile aumenta a € 720 (€ 8.640 annuali).

### Critical illness

L'Assicurato ha diritto a un rimborso una tantum pari a € 5.000,00 in caso di grave malattia (ictus, infarto, trapianto, cancro, insufficienza renale, ecc.).

### Second opinion

L'Assicurato, a fronte di una serie di patologie (Alzheimer, AIDS, cancro, perdita vista/udito, malattie cardiovascolari, ecc.) ha diritto a far ricercare il miglior medico internazionale sulla materia. Quando la malattia rientra anche fra quelle garantite dalla garanzia Critical Illness, potrà utilizzare l'indennizzo per le spese di viaggio e consulto.

### Cessazione dello status di dipendente di impresa artigiana

Le persone assicurate hanno **diritto di proseguire nella copertura** anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro dipendente di impresa artigiana, sia per pensionamento che per cambio di categoria.

In questo caso l'assicurato dovrà prontamente formalizzare la volontà di esercitare questo diritto e di corrispondere personalmente il premio annuale previsto, ora pari a 85 euro/anno.

## CONDIZIONI GENERALI DELLE GARANZIE 2-3-4-5

1. Non è richiesta la compilazione di questionario sanitario
2. Estensione territoriale: mondo intero
3. Sono sempre esclusi:
  - La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
  - Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
  - Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili;
  - Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento, salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, pesca non subacquea, tiro a segno, tiro a volo e simili, scherma e tennis;
  - Gli infortuni causati da azioni dolose/criminali compiute dall'assicurato, esporsi deliberatamente a pericoli eccezionali (salvo in caso di solidarietà umana);
  - Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
  - Le conseguenze di guerra, guerre civili, invasione, insurrezioni, rivolte, atti di pirateria e sabotaggio, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

### **NORME DI CARATTERE GENERALE**

#### **RICHIESTA DI RIMBORSO**

I rimborsi vanno richiesti al fondo, anche attraverso l'Associazione Artigiani, i patronati INAPA, INCA CGIL, INAS CISL E ITAL UIL, di norma, in corso d'anno entro 60 giorni dalla data della fattura e, comunque, entro il termine massimo del 31 gennaio dell'anno successivo a quello della prestazione.

I rimborsi potranno essere richiesti anche attraverso la posta elettronica, inviando la domanda e relative notule di spesa a: [rimborsi@mutuaartieri.it](mailto:rimborsi@mutuaartieri.it).

#### **DOCUMENTI DA ALLEGARE** per la richiesta di rimborso spese mediche:

- 1) Modello di richiesta rimborso debitamente compilato in ogni sua parte (anagrafica Socio e codice Iban Socio) e firmato.
- 2) Notule di spesa in originale, che verranno restituite al Socio.

Qualora la fattura sia unica, e riferita a più prestazioni, si richiede specifica numero prestazioni ed importi parziali delle stesse.

Documentazione medica da allegare (anche in fotocopia):

- a) in caso di prestazione attraverso il Servizio Sanitario Pubblico: la ricevuta del ticket pagato e l'impegnativa del medico;
- b) in caso di prestazione privata: copia prescrizione medica, oppure certificato emesso dallo specialista contestualmente all'emissione della fattura, attestante patologia e/o sospetto diagnostico che ha reso necessaria la prestazione medica specialistica.

## **Elenco interventi chirurgici**

**Qualsiasi neoplasia maligna di organo od apparato. La diagnosi per il rimborso dovrà essere supportata da certificazione biptica istologica o citologica. Chiaramente saranno ammissibili anche interventi con diagnosi di malignità accertata istologicamente dopo l'intervento.**

### **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

### **OCULISTICA**

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

### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

### **CHIRURGIA DEL COLLO**

- Tiroidectomia totale

### **CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO**

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- 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 trasverso
- 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
- Chirurgia bariatrica Sleeve Gastrectomy per BMI superiore a 40
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- 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 per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)



- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari

#### **UROLOGIA**

- Surrenalectomia
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Calcolosi urinaria

#### **GINECOLOGIA**

- Isterectomia con eventuale annessectomia

#### **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 >25%

#### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti

## Elenco esami diagnostici e strumentali

### ***Radiologia convenzionale (senza contrasto)***

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- Rx di organo apparato
- Rx endorali
- Rx esofago
- Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente
- Rx tubo digerente prime vie
- Rx tubo digerente seconde vie

### ***Radiologia convenzionale (con contrasto)***

- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia e/o sonoisterosalpingografia e/o sonoisterografia e/o sonosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx piccolo intestino con doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Wirsungrafia

## ***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

## ***Alta Diagnostica per immagini***

### ***Tomografia computerizzata (tc)***

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato ( 64 strati )
- Tc con e senza mezzo di contrasto

### ***Risonanza magnetica (rm)***

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

### ***Pet***

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organodistretto-apparato

### ***Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)***

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

### ***Diagnostica strumentale***

- 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

### ***Biopsie***

- Tutte

### ***Endoscopie diagnostiche***

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica ( c.p.r.e.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

**N.B.: nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica, si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, il Fondo garantirà la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza di importo relativa all'atto operatorio, rimarrà a carico dell'assistito.**

### ***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