



Università
Ca'Foscari
Venezia

**REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL PIANO DI
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA (P.A.S.I.)**

INDICE

Definizioni.....	Pag. 3
Art. 1 – Oggetto dell’assistenza.....	pag. 6
Art. 2 – Persone assistite	pag. 6
Art. 3 – Prestazioni comprese nella copertura	pag. 6
Art. 4 – Modalità di attivazione dell’assistenza	pag. 24
Art. 5 – Inclusioni/Esclusioni.....	pag. 24
Art. 6 – Modalità di erogazione delle prestazioni presso strutture convenzionate.....	pag. 26
Art. 7 – Modalità di liquidazione o rimborso delle prestazioni.....	pag. 30
Art. 8 – Modalità di richiesta del rimborso	pag. 30
Art. 9 – Massimale/Limite di assistenza.....	pag. 33
Art. 10 – Durata del contratto	pag. 33
Art. 11 – Rinvio alle norme di legge	pag. 33
Art. 12 – Altre assicurazioni/Assistenze	pag. 33
Art. 13 – Estensione territoriale.....	pag. 33
Art. 14 – Limiti di età	pag. 33
Art. 15 – Controversia di natura medica	pag. 34
Art. 16 – Riservatezza	pag. 34
Art. 17 – Trattamento dei dati.....	pag. 34
Allegato A) Grandi interventi Chirurgici.....	pag. 36

DEFINIZIONI

Assistenza

La copertura sanitaria oggetto del presente Piano Sanitario.

Assistito

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata la copertura sanitaria.

Cassa

Cassa RBM Salute, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150, soggetto avente esclusivamente fine assistenziale come previsto dall' art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR (testo unico delle imposte sui redditi), approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 iscritte all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente Piano Sanitario.

Contributo

La somma dovuta dall'Ateneo/Assistito alla Cassa.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute, ivi compresi:

- difetto fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite;
- difetto fisico preesistente: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione del Piano Sanitario possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentalmente (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale);
- malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Massimale/Limite di Assistenza

L'importo stabilito nel presente Piano Sanitario che rappresenta la spesa massima che la Cassa si impegna a prestare nei confronti dell'Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Nucleo familiare

Il titolare, il coniuge (compreso il partner unito civilmente) o il convivente more uxorio (anche dello stesso sesso), i figli, risultanti dallo stato di famiglia e anche fiscalmente non a carico.

L'estensione volontaria ai familiari non è obbligatoria per tutti i componenti del nucleo risultanti dallo stato di famiglia.

Istituto di cura

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

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Cassa RBM Salute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in istituto di cura comportante pernottamento.

Day - hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva/diaria

Importo giornaliero erogato dalla Cassa in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni di pre e post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso secondo quanto disciplinato dal presente Piano Sanitario.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

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

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assistenza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Cassa in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assistito.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assistito l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'assistito.

Personale Docente (PD)

Personale Docente e Ricercatore a tempo determinato ed indeterminato, in servizio attivo presso l'Ateneo. Sono escluse dal servizio attivo le aspettative non retribuite superiori a tre mesi.

Personale Tecnico Amministrativo (PTA)

Dipendenti tecnici amministrativi a tempo determinato ed indeterminato compresi i dirigenti, in servizio attivo presso l'Ateneo. Non sono considerate servizio attivo le aspettative non retribuite superiori a tre mesi.

Collaboratori ed esperti linguistici (CEL)

Dipendenti Collaboratori ed Esperti Linguistici a tempo determinato ed indeterminato in servizio attivo presso l'Ateneo. Non sono considerate servizio attivo le aspettative non retribuite superiori a tre mesi.

Assegnisti e dottorandi (AD)

Titolari di assegno di ricerca ed iscritti ai corsi di Dottorato di ricerca, in servizio attivo presso l'Ateneo.

Network

Rete convenzionata di Cassa RBM Salute costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Grandi Interventi Chirurgici (GIC)

Gli interventi compresi nell'Allegato n.1.

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSISTENZA

Il presente Regolamento ha efficacia per il periodo di vigenza del contratto stipulato con la Cassa , vale a dire dal 01/04/2018 al 31/03/2020, salvo ulteriore proroga.

Le garanzie previste dal presente Piano Sanitario comprendono anche situazioni patologiche che siano l'espressione o la conseguenza diretta di infortuni e malattie insorte anteriormente all'inserimento in copertura di tutte le categorie di assistiti (PD, AD, PTA-CEL) e del relativo nucleo familiare.

L'assistenza è operante in caso di **malattia, infortunio, gravidanza e prevenzione** con le modalità e limitazioni specificate nel presente Piano Sanitario.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assistito può rivolgersi, con le modalità specificate dal presente Piano Sanitario, a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Cassa
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Cassa
- Servizio Sanitario Nazionale e strutture private accreditate in forma di assistenza diretta con il Servizio Sanitario Nazionale

6

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie/prestazioni.

Art. 2 PERSONE ASSISTITE

L'assistenza è prestata a favore del PTA e CEL con oneri a carico dell'Ateneo.

L'assistenza potrà essere opzionalmente attivata alle condizioni previste dal presente Piano Sanitario dal PD e AD dell'Ateneo. In tal caso il personale interessato si rappresenterà individualmente con la Cassa ed il relativo contributo è a carico del singolo interessato.

L'assistenza potrà essere opzionalmente estesa alle condizioni previste dal presente Piano Sanitario al coniuge, compreso il partner unito civilmente, o al convivente, anche dello stesso sesso, ed ai figli, anche fiscalmente non a carico, risultanti dallo stato di famiglia, rapportandosi individualmente con la Cassa e con versamento del relativo contributo direttamente a carico del dipendente interessato (PTA-CEL, PD e AD).

Art. 3 PRESTAZIONI COMPRESSE NELLA COPERTURA

3.1 Prestazioni tramite Servizio Sanitario Nazionale

E' previsto il rimborso del 100% di tutti i ticket (compresa la "quota aggiuntiva regionale") corrisposti alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate in forma di assistenza diretta con il Servizio Sanitario Nazionale, a titolo di esempio per: visite specialistiche, esami di laboratorio (esami sangue, urine, feci, pap test, ecc.), diagnostica strumentale e alta diagnostica (rx, ecografie, tomografie, elettrocardiogrammi di ogni genere, endoscopie, tac, risonanze magnetiche, medicina nucleare, moc, PET, ecc.), interventi ambulatoriali, prestazioni di pronto soccorso, day hospital, day surgery.

Non sono previsti massimali, né minimi rimborsabili, né franchigie. Sono ricomprese anche prestazioni finalizzate alla prevenzione.

3.2 Alta Diagnostica Privata

E' prevista l'assistenza per le seguenti prestazioni di alta diagnostica eseguite privatamente:

- Artroscopia
- Amniocentesi
- Artografia
- Angiografia
- Biopsia
- Brachiterapia
- Broncografia
- Chemioterapia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Cobaltoterapia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Colonscopia proctologica
- Colonscopie
- Colangiopancreatografia retrograda endoscopica
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Dialisi

- Discografia
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- ECG dinamico secondo Holter > 24h
- Ecocolor Doppler
- Ecodoppler
- Ecoendoscopia bronchiale
- Ecoendoscopia colon
- Ecoendoscopia esofago gastroduodenale
- Ecoendoscopia retto-sigma
- Ecografia
- Ecocardiografia
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Elettroencefalografia
- Elettroencefalografia
- Ecografia prostatica trans-rettale
- Elettromiografia
- Esame citologico
- Esame istologico
- Esami endoscopici di natura otorinolaringoiatrica ecc.
- Endoscopia
- Endoscopia con capsula
- Endoscopia del condotto ileale
- Endoscopia delle vie lacrimali
- ESWL (Extracorporeal shock wave lithotripsy)
- Faringografia opaca
- Falangiografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia

- FNAB (fine needle aspiration biopsy)
- Galattografia
- Gastroscopia
- Holter
- Infiltrazioni articolari
- Isteroscopia
- Isterosalpingografia
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Linfografia
- Mammografia
- Mammottom
- Mielografia
- MOC
- Monitoraggio continuo della pressione arteriosa 24h
- Pap test
- PET
- Pielografia anterograda
- Pielografia retrograda
- Pielografia transpielostomica
- Pieloureterosopia percutanea
- Polisonnografia
- Pneumoencefalografia
- Radioterapia
- Retinografia
- Rettosigmoidoscopia
- Rinolaringoscopia
- Risonanza magnetica nucleare
- Scialografia
- Scintigrafia
- SPET (tomo scintigrafia)

- Splenoportografia
- TAC
- Tomografia logge renali
- Tomoxerografia
- Tracheobroscopia
- Ureterocistoscopia
- Uretrocistoscopia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Villocentesi

Le spese sostenute per le suddette prestazioni sono rimborsate alle seguenti condizioni:

- a) Assistenza presso le strutture convenzionate: nessuno scoperto e/o franchigia. Si precisa che le prestazioni dovranno essere garantite entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.
- b) Assistenza presso le strutture non convenzionate: rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto del 20% e con minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni accertamento.

Massimale illimitato.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Non sono previsti limiti massimi relativi al numero di prestazioni per Assistito.

3.3 Visite specialistiche private

Viene garantita 1 visita specialistica gratuita al mese ad ogni assistito da effettuarsi presso i Centri Autorizzati del Network Convenzionato, senza applicazione di franchigie/scoperti. Il massimale è illimitato.

In aggiunta, ogni assistito può usufruire di visite specialistiche presso le strutture convenzionate con l'applicazione di una franchigia pari ad € 18,00 per visita. Si precisa che le prestazioni dovranno essere garantite entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

Nel caso in cui l'assistito si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo non indennizzabile pari a € 50,00 per prestazione e dietro presentazione di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la visita.

L'elenco delle visite specialistiche comprese nella presente garanzia è il seguente:

- Allergologica

- Allergologica pediatrica
- Algologica
- Anatomia patologica
- Andrologica
- Anestesiologica
- Angiologica
- Auxologica
- Cardiochirurgica
- Cardiochirurgica pediatrica
- Cardiologica
- Cardiologica pediatrica
- Chirurgia generale
- Chirurgia bariatrica
- Chirurgia endoscopica
- Chirurgia vascolare
- Chirurgia oncologica
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia plastica
- Chirurgica
- Dermatologica
- Diabetologica
- Dietologica
- Ematologica
- Endocrinologica
- Endocrinologica pediatrica
- Endocrino-chirurgica
- Epatologica
- Farmacologia medica
- Fisiatrica
- Foniatrica

- Gastroenterologica
- Gastroenterologica pediatrica
- Genetica
- Geriatrica
- Ginecologica
- Igiene e Medicina preventiva
- Internistica
- Immunologica
- Malattie infettive
- Maxillo-facciale
- Medicina generale/nucleare
- Nefrologica
- Neonatologica
- Neurochirurgica
- Neurologica
- Neuropsichiatria infantile
- Nutrizionistica
- Oculistica
- Oncologica
- Ortopedica
- Ortopedica pediatrica
- Ostetrica
- Otorinolaringoiatrica
- Pediatrica
- Pneumologica
- Proctologica
- Psichiatria
- Psicologia clinica
- Radiologica
- Radioterapica

- Reumatologica
- Senologica
- Traumatologica
- Urologica
- Urologica pediatrica

3.4 Area Ricovero

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, l'assistito avrà diritto ad un'indennità sostitutiva di € **125,00** per ogni giorno di ricovero per un numero "illimitato" di giorni (pari a 999.999.999 giorni).

3.4.1 Grande Intervento Chirurgico

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata per Grande Intervento Chirurgico (vedi Allegato n.1), l'assistito può usufruire del rimborso delle spese sostenute durante il ricovero, fino ad un massimo di € 235.000,00 per evento, esclusivamente per le seguenti tipologie:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Cassa corrisponde un'indennità sostitutiva pari ad € **250,00** per ogni giorno di ricovero per un numero illimitato di giorni (pari a 999.999.999 giorni).

3.5 Prestazioni Odontoiatriche e Ortodontiche

Ogni assistito può usufruire delle seguenti prestazioni che dovranno essere garantite, presso strutture convenzionate, entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione:

Prima visita

In caso di accesso alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate l'Assistito fruirà dell'applicazione del relativo tariffario sulle prestazioni effettuate. L'assistito ha diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Visita e ablazione del tartaro (1/anno/persona)

Presso le strutture convenzionate: gratuita;

Presso le strutture non convenzionate: rimborso € 45,00.

Impianti endossei (1/anno/persona)

È previsto un massimale di € 550,00 anno/persona sia presso strutture convenzionate, sia presso strutture non convenzionate, senza applicazione di scoperti e franchigie.

Trattamenti ortodontici fissi e mobili

È previsto un massimale di € 550,00 anno/persona sia presso strutture convenzionate, sia presso strutture non convenzionate, senza applicazione di scoperti e franchigie.

Otturazioni

Nella rete di strutture convenzionate assistenza in forma diretta senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia, senza limiti di numero, né massimali.

Le prestazioni sopra elencate, anche pluriennali, saranno rimborsate purché fatturate nel periodo di validità dell'assistenza, nel rispetto dei massimali annui sopra specificati.

3.6 Fornitura lenti e trattamenti, terapie e protesi

3.6.1 Rimborso per fornitura lenti

La Cassa rimborsa le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto, inclusa la montatura.

È previsto un contributo pari a € 150,00 una tantum ogni due anni, con contributo aggiuntivo di € 75,00 in caso di rottura lente/lenti e di € 55,00 in caso di smarrimento/furto degli occhiali o rottura accidentale della montatura, sia presso strutture convenzionate, sia presso strutture non convenzionate, senza applicazione di scoperti e franchigie.

Lo smarrimento/furto degli occhiali o la rottura accidentale delle lenti e/o della montatura sono indennizzate nel corso del biennio limitatamente ai casi di lenti e/o montatura già rimborsati dal presente Piano Sanitario.

3.6.2 Protesi

La Cassa rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche e/o apparecchi acustici.

È previsto un massimale di € 1.000,00 anno/nucleo familiare sia presso strutture convenzionate, sia presso strutture non convenzionate, con applicazione di uno scoperto del 20% a fattura/persona.

3.6.3 Prestazioni fisioterapiche

La Cassa rimborsa, fino a concorrenza di € 700,00 per nucleo e per anno, le spese sostenute per fisioterapia esclusivamente presso Centri Medici, effettuata da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo a seguito di:

- infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
- ictus cerebrale;
- neoplasie;
- forme neurologiche degenerative e omeoplastiche; a titolo esemplificativo: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale.
- forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare;
- interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti.

Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l'applicazione di:

- una franchigia di € 40,00 per ogni ciclo di cura presso strutture convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di € 60,00 per ogni ciclo di cura presso strutture non convenzionate.

3.6.4 Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale

La Cassa provvede al pagamento, una volta all'anno e senza applicazione di franchigie o scoperti, di una visita fisiatrica/osteopatica. Presso strutture e medici convenzionati il massimale previsto è illimitato; presso strutture e medici non convenzionati il massimale previsto è pari a € 50,00 a pacchetto.

3.7 Pacchetto Pediatrico

3.7.1 Pacchetto Minori

La Cassa provvede al pagamento, senza applicazione di franchigie o scoperti, delle prestazioni sotto elencate, suddivise in base all'età del minore.

Prestazioni	Strutture convenzionate	Strutture non convenzionate
6 MESI – 2 ANNI	Massimale anno/figli	
Visita Pediatrica (Valutazione Di Base, Auxologica, Psicomotoria E Cognitiva)	Illimitato	€ 36,00
Visita Otorinolaringoiatrica con Test Audiometrico		
2 - 4 ANNI	Massimale anno/figli	
Visita oculistica completa	Illimitato	€ 60,00

Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)		
Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio o delle disprassie verbali, la visita specialistica sarà in grado di intercettare eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica		
Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e anticorpi antitransglutaminasi)		
Biopsia intestinale. In ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga		
4 - 6 ANNI	Massimale anno/figli	
Visita Neuropsichiatrica (Screening Disturbi Del Linguaggio E Autismo). Nell'ambito delle patologie del linguaggio/disprassie verbali intercetta eventuali condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica	Illimitato	€ 80,00
Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi)		
Visita oculistica completa		
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio)		
6 - 8 ANNI	Massimale anno/figli	
Visita odontoiatrica e ortodontica	Illimitato	€ 60,00
Visita oculistica completa		
Tonometria		
Esame del fundus		
Stereopsi e color test		
8 - 11 ANNI	Massimale anno/figli	
Visita ortopedica	Illimitato	€ 36,00
Visita endocrinologica		
11 - 14 ANNI	Massimale anno/figli	
Visita pediatrica (valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente)	Illimitato	€ 50,00
Visita ortopedica		
Visita endocrinologica		
Analisi del sangue: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, Esame emocromocitometrico e morfologico completo, Colesterolo totale, HDL e LDL, Trigliceridi, Glicemia, Anti-Transglutaminasi: esami di screening per la diagnosi precoce del Morbo Celiaco.		

3.7.2 Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica pediatrica generica e specialistica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un

presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di € 36,00 per ogni visita, che l'Assistito dovrà versare direttamente al medico specialista.

3.8 Prestazioni accessorie

3.8.1 Trasferimenti

Qualora l'assistito, ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Cassa, presso:

- Centri Ospedalieri idonei a garantirgli le cure specifiche del caso o
- Centri Ospedalieri più vicini alla sua abitazione o
- presso la sua abitazione,

la Cassa organizzerà il trasferimento dell'assistito presso il centro individuato con il mezzo più idoneo:

- aereo o elicottero sanitario appositamente equipaggiato;
- l'aereo di linea (anche barellato);
- l'ambulanza;
- il treno.

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico. La Cassa terrà a proprio carico il costo del trasferimento del paziente, incluse le spese del medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

Esclusivamente in Italia:

3.8.2 Consulenza medica

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.**

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto,

necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

3.8.3 Servizio di guardia medica permanente

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

3.8.4 Servizio Second Opinion

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Rimarranno a carico dell'assistito eventuali costi postali per la trasmissione della documentazione medica necessaria all'erogazione del servizio.

3.8.5 Servizio di Tutoring

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il

coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

3.8.6 Consegna Esiti al Domicilio

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno possa andare per lui, la Cassa, dopo aver organizzato il recupero presso l'Assistito della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato. Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

3.8.7 Invio Medicinali al Domicilio

Qualora l'Assistito necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, la Cassa, dopo aver organizzato il ritiro della ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

3.8.8 Collaboratore Familiare

Se l'assistito è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare il Call Center che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

3.8.9 Servizio Prenotazione Taxi

È messo a disposizione degli assistiti un servizio di prenotazione del Taxi. Qualora l'assistito necessiti di un servizio taxi per recarsi presso una struttura convenzionata ovvero per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto con il Call Center 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. L'assistito dovrà comunicare, oltre che i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione; l'assistito potrà prenotare il servizio di taxi anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica. Il Call Center confermerà all'assistito, tramite sms/telefonata/e-mail la prenotazione eseguita.

3.8.10 Organizzazione trasporto in ambulanza

Qualora l'Assistito, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte del Call Center, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno e/o tramite centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'assistito.

3.8.11 Rimpatrio Salma

In caso di decesso all'estero durante l'operatività del contratto, la Cassa rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio salma nel limite di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8.12 Invio di un medico generico a domicilio

Qualora l'Assistito necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, potrà contattare il Call Center che, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, il Call Center organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'interessato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Call Center sono a carico dell'assistito che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico.

3.8.13 Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'assistito, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessiti di essere assistito da un infermiere, potrà contattare il Call Center che provvederà al reperimento dello stesso. Il costo delle prestazioni infermieristiche è a carico dell'Assistito che dovrà versare il corrispettivo direttamente all'infermiere.

3.8.14 Invio di un fisioterapista a domicilio

Se l'assistito, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, potrà richiedere al Call Center che provvederà a predisporre l'effettuazione degli stessi. Il costo dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assistito che dovrà versare il corrispettivo direttamente al fisioterapista.

3.8.15 Immunonutrizione

Nell'ambito della garanzia 3.4 "Area ricovero" si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.

La Cassa garantisce il servizio di reperimento dei prodotti a proprio carico o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.

La presente garanzia è erogata dalla Cassa senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

3.8.16 Monitoraggio domiciliare del paziente

La presente garanzia prevede la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito che si appresta ad affrontare un percorso operatorio e/o a seguito di un ricovero ospedaliero o durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche.

La garanzia prevede le seguenti prestazioni:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;

- raining al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RBM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

Programma 1 – solo a seguito di ricovero

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo

Durata:

120 giorni

Programma 2 – solo a seguito di non autosufficienza o lungodegenza

Parametri vitali monitorati

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)

- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Durata:

- pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza

Prestazioni aggiuntive all’Estero

Sono disponibili in favore dell’assistito tutti i giorni (365 giorni all’anno e h 24) i seguenti servizi di consulenza medica:

3.8.17 Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa della Cassa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all’estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa della Cassa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

3.8.18 Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa della Cassa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L’équipe medica di cui la Centrale Operativa della Cassa si avvale provvede, all’occorrenza, ad individuare e segnalare all’Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa della Cassa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell’Assistito.

3.8.19 Invio di medicinali

Qualora l’assistito, a seguito di sinistro avvenuto all’estero, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto, purché commercializzati in Italia, la Cassa provvederà a reperirli ed a inviarli con la massima urgenza e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Cassa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'assistito. In alternativa la Cassa, tramite il supporto di personale medico, potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

3.8.20 Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa della Cassa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

3.8.21 Servizio di guardia medica permanente

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

3.8.22 Second Opinion internazionale

Con riferimento alle seguenti patologie, l'assistito, dopo aver fornito al Call Center la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali affiliati alla rete convenzionata resa disponibile, nonché da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali convenzionati:

- Malattie Cardiovascolari
- Malattie Cerebrovascolari (Ictus)
- Cecità
- Sordità
- Tumori Maligni
- Insufficienza Renale
- Trapianto di Organo
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Malattia di Alzheimer
- Malattia di Parkinson
- Gravi Ustioni

- Coma

L'Assistito contatterà la Centrale Operativa e fornirà la documentazione medica inerente la patologia in ordine alla quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa richiederà una seconda consulenza a specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che forniranno un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto.

3.8.23 Servizio Prenotazione taxi

È messo a disposizione degli assistiti un servizio di prenotazione del taxi. Qualora l'assistito necessiti di un servizio taxi per recarsi presso una struttura convenzionata ovvero per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto con il Call Center 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. L'assistito dovrà comunicare, oltre che i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione; l'assistito potrà prenotare il servizio di taxi anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica. Il Call Center confermerà all'assistito, tramite sms/telefonata/e-mail la prenotazione eseguita.

3.8.24 Organizzazione trasporto in ambulanza

Qualora l'Assistito, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga organizzato e gestito da parte del Call Center, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno e/o tramite centri convenzionati che erogano il servizio. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. I costi del trasporto verranno fatturati a tariffa agevolata direttamente all'assistito.

Art. 4 MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

4.1 Decorrenza assistenza PTA-CEL

La copertura sanitaria avrà effetto a partire dalle ore 00:00 del **01/04/2018**.

I dati necessari per l'adesione del PTA-CEL saranno trasmessi dall'Ateneo e nulla dovrà essere richiesto ai singoli Assistiti al fine dell'attivazione della copertura. Eventuali documenti necessari da parte dei singoli, ad esempio eventuale modulistica necessaria al fine del trattamento dei dati personali, potranno essere richiesti al momento della prima richiesta di assistenza da parte del singolo assistito.

4.2 Adesioni volontarie

La copertura per le adesioni volontarie avrà effetto dalla medesima data prevista per il PTA-CEL o dalla data del pagamento del contributo, se successiva.

L'adesione volontaria al Piano di Assistenza Sanitaria è vincolante per la durata contrattuale (due anni) salvo i casi di cui al successivo art. 5.

Le modalità di attivazione della copertura sanitaria per le adesioni volontarie sono definite e interamente gestite dalla Cassa in rapporto con i singoli aderenti.

L'Ateneo non può essere in alcun modo coinvolto nei rapporti tra i singoli aderenti volontari e la Cassa, neppure per fare da tramite nella raccolta di documenti o nella fornitura di dati o ai fini fiscali.

La procedura di adesione dovrà obbligatoriamente avvenire attraverso il portale web della Cassa federato con il sistema di autenticazione dell'Ateneo.

Entro la data di decorrenza della copertura, tutti gli assistiti saranno messi in condizione di usufruire di tutti i servizi previsti.

I siti web della Cassa attraverso cui potranno essere comunicati dati personali, in particolare sia il sistema web messo a disposizione per l'attivazione delle adesioni volontarie che eventuali altri sistemi web per le richieste di rimborso o la visualizzazione di dati relativi al rapporto tra l'Assistito e la Cassa utilizzeranno il protocollo di sicurezza criptato https.

Art. 5 INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Fatto salvo quanto stabilito nei precedenti articoli, le variazioni del numero del personale sono regolate come di seguito indicato.

5.1 Inclusioni

5.1.1 Inclusione personale PTA-CEL

Per l'iscrizione di PTA e CEL successiva alla data di decorrenza del contratto, l'inserimento di nuove unità in assistenza avviene al verificarsi dei seguenti eventi, direttamente a cura dell'Ateneo:

- assunzione;
- rientro in servizio attivo¹.

a
25
r

In questo caso l'assistenza decorre dal giorno di presa di servizio o rientro in servizio attivo.

5.1.2 Inclusione per adesioni volontarie

Inclusione personale PD-AD

Per l'iscrizione volontaria di personale PD e AD successiva alla data di decorrenza del Piano, l'inserimento di nuove unità in assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- nomina o assunzione;
- rientro in servizio attivo.

n
r

In caso di assunzione o rientro in servizio attivo il singolo PD o AD può attivare l'assistenza sanitaria integrativa entro la fine del mese successivo a quello di assunzione/rientro in servizio attivo, rapportandosi individualmente con la Cassa e con oneri a proprio carico.

¹ Rientro in servizio da aspettative superiori a tre mesi.

In tal caso la copertura decorre dal giorno dell'evento e i contributi saranno calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Inclusione nucleo familiare

Per l'iscrizione volontaria di singoli componenti del nucleo familiare successiva alla data di decorrenza del Piano l'inserimento di nuove unità in assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio;
- sorgere di convivenza per il convivente more uxorio;
- venir meno – per il familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal proprio datore di lavoro.

L'estensione della copertura per i familiari dei dipendenti (PTA-CEL, PD e AD), in tutti i casi di inclusione previsti, può essere richiesta entro la fine del mese successivo alla data dell'evento, rapportandosi individualmente con la Cassa e con oneri a carico del singolo interessato.

26

In tal caso la copertura decorre dal giorno dell'evento e i contributi saranno calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

Contributi

I contributi delle adesioni volontarie potranno essere corrisposti in unica soluzione entro 60 giorni dalla data dell'evento, ovvero in 4 rate trimestrali anticipate.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo contrattuale previste dal presente punto, il contributo verrà corrisposto in misura proporzionale al numero di mesi intercorrenti fra il mese successivo alla data dell'evento e la scadenza dell'annualità prevista dal Piano.

5.2 Esclusioni

La revoca dall'assistenza per i dipendenti con oneri a carico dell'Ateneo avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione del rapporto di lavoro;
- termine del servizio attivo;
- decesso dell'assistito;

- spettative senza retribuzione superiori a 3 mesi

In tali casi di esclusione l'assistenza sanitaria integrativa sarà comunque garantita sino alla fine dell'ultimo mese in cui si presta servizio attivo (di seguito "termine della copertura").

L'Assistito potrà mantenere attiva la copertura previo versamento a proprio carico della restante quota (calcolata dal termine della copertura sino alla scadenza annuale) inviando richiesta scritta alla Cassa entro e non oltre la fine del mese successivo all'ultimo giorno di servizio attivo del rapporto di lavoro. In tal caso la copertura sarà garantita, alle medesime condizioni contrattuali, senza soluzione di continuità fino alla prima scadenza annuale.

In caso di adesione volontaria la copertura rimane in essere fino alla prima scadenza annuale nella quale si è verificato l'evento e pertanto i contributi restano acquisiti.

Art. 6 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

Prestazioni in regime di assistenza diretta

La Centrale Operativa, utilizzando il proprio know-how medico e tecnico-assicurativo, fornisce un supporto costante nella gestione dei sinistri del cliente. Il servizio è erogato mediante un numero verde dedicato 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi o mediante portale web.

L'attività degli operatori della Centrale Operativa si integra in parallelo con l'operato dei consulenti medici che forniscono supporto tecnico medico anche all'Ufficio Liquidazioni. La Centrale Operativa, inoltre, può avvalersi delle competenze specialistiche dei propri partner scientifici per l'analisi delle tipologie di intervento più complesse. La Centrale Operativa svolge le seguenti attività:

- effettua una verifica medico assicurativa in merito all'erogabilità della prestazione;
- attiva le risorse mediche interne ed esterne;
- fornisce una consulenza medica telefonica, elaborando risposte personalizzate;
- richiede dati anagrafici, la casa di cura ed il nominativo dell'équipe medica prescelta;
- prenota presso le strutture mediche convenzionate le prestazioni garantite dal piano sanitario;
- verifica puntualmente il convenzionamento dell'équipe medica;
- fornisce feed-back all'Assistito e, ove richiesto, gestisce individualmente gli appuntamenti degli Assistiti;
- invia un SMS sul cellulare dell'Assistito per ricordare l'appuntamento presso la struttura convenzionata;
- invia un fax di "autorizzazione al pagamento diretto" alla Struttura Sanitaria facente parte del Network nel rispetto del Piano Sanitario;

- garantisce il monitoraggio medico della prestazione (riservato ai ricoveri);
- effettua attività di back office medico-operativo (controllo dei costi verso tariffe convenzionate);
- monitora le dimissioni per tutti i sinistri gestiti con conseguenti autorizzazioni aggiuntive per casi particolari e adeguamento del preventivo iniziale;
- intraprende azioni dirette sulle strutture sanitarie convenzionate sulla base di segnalazioni, di criticità o disservizi in collaborazione con l'unità ispettiva dell'Ufficio Auditing Interno;
- provvede al pagamento diretto alla Struttura Sanitaria convenzionata attraverso la propria unità di back office.

Qualora l'Assistito necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, è **necessario attivare preventivamente (sono richieste almeno 24 ore di preavviso) la Centrale Operativa**, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'équipe medica e di valutare la congruità assistenziale della prestazione. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatterà direttamente l'Assistito.

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Cassa con un preavviso di almeno 24 ore lavorative.

Nei casi di ricovero urgente per interventi di comprovata gravità, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione successivamente all'erogazione della prestazione e comunque entro un termine massimo di 3 giorni dall'esecuzione dell'intervento. In tal caso, l'urgenza e la gravità della prestazione dovranno essere comprovate da idonea documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria, attestante il carattere di urgenza dell'intervento.

Sono previsti quattro distinti canali di dialogo con la Centrale Operativa:

- telefonico
- web
- app mobile
- via fax

Nel caso in cui l'Assistito decida di contattare la Centrale Operativa telefonicamente o a mezzo fax, la procedura da seguire è quella di seguito descritta.

La procedura da seguire, illustrata nella Guida all'Assistito che sarà resa disponibile on line nel portale web dedicato, è differenziata in ragione della natura degli interventi richiesti dall'Assistito, al fine di poter garantire agli aderenti una maggiore rapidità di accesso alle prestazioni di natura specialistica/diagnostica (procedura pre-autorizzativa).

In particolare si riportano di seguito le procedure che gli Assistiti dovranno seguire per l'accesso al network sanitario ed odontoiatrico di cui disporrà l'Istituto.

Tale servizio sarà garantito anche in **lingua inglese**.

6.1 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Qualora l'Assistito necessiti di effettuare una visita specialistica o un accertamento diagnostico presso una struttura sanitaria convenzionata, è necessario attivare preventivamente la Centrale Operativa al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e del medico in caso di visite specialistiche.

Nel caso in cui l'Assistito decida di contattare la Centrale Operativa telefonicamente, all'atto della risposta dovrà fornire le indicazioni di seguito indicate:

- cognome e nome dell'Assistito
- recapito telefonico dell'Assistito
- data della prestazione
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi o presunta diagnosi (fatto salvo il caso di visite specialistiche, per le quali non è richiesta la prescrizione medica)

Nel caso in cui l'Assistito decida di contattare la Centrale Operativa a mezzo fax, dovrà compilare un apposita accompagnatoria contenente i dati obbligatori minimi sopra indicati.

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione medico assicurativa della richiesta avanzata. In particolare, la Centrale Operativa effettua la pre-analisi/analisi della documentazione medica letta dall'Assistito a supporto della richiesta avanzata, valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel piano sanitario dell'Assistito e i massimali residui.

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi medico-assicurativa, autorizza a mezzo fax, o sms, o flusso web l'iscritto. In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'iscritto, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa.

La Centrale operativa, effettuata con esito positivo l'analisi medico-assicurativa, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, dando evidenza di eventuali spese non previste dal piano sanitario. Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, la Struttura Sanitaria potrà essere contattata dalla centrale ovvero direttamente dall'Assistito; nel primo caso, sarà cura del Call Center fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata invierà un fax di negazione alla struttura sanitaria e contatterà l'Assistito.

L'operatività in tutti i giorni dell'anno della Centrale Operativa garantisce all'Assistito la possibilità di beneficiare della gestione della fase pre-autorizzativa nel minor tempo possibile ottimizzando pertanto i tempi di accesso al network anche presso quelle strutture che non siano operative nei giorni festivi.

6.2 Ricoveri ed interventi chirurgici

Qualora l'Assistito necessiti di effettuare una prestazione sanitaria presso una struttura convenzionata, è necessario attivare preventivamente la Centrale Operativa, al fine di verificare la convenzione della struttura prescelta e dell'equipe medica e di valutare la congruità assistenziale della prestazione.

In caso di ricoveri/interventi chirurgici urgenti si richiede all'Assistito di contattare il Call Center il prima possibile. In tal caso, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa telefonicamente. All'atto della risposta, il chiamante dovrà comunicare all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assistito
- recapito telefonico dell'Assistito
- data della prestazione
- indicazione della prestazione da effettuare (richiesta di ricovero)
- diagnosi e/o quesito diagnostico

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione medico assicurativa della richiesta avanzata. In particolare, la Centrale operativa effettua la preanalisi/analisi della documentazione medica trasmessa dall'Assistito a supporto della richiesta avanzata, valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel piano sanitario dell'Assistito e i massimali residui.

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi medico-assicurativa, autorizza a mezzo fax, o sms, o flusso web l'iscritto. In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa.

30

La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi medico-assicurativa, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte della Cassa, dando evidenza di eventuali spese non previste dal piano sanitario.

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, la Struttura Sanitaria potrà essere contattata dalla Centrale ovvero direttamente dall'Assistito; nel primo caso, sarà cura della Centrale Operativa fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatterà direttamente l'Assistito.

L'operatività in tutti i giorni dell'anno della Centrale Operativa garantisce all'Assistito la possibilità di beneficiare della gestione della fase pre-autorizzativa nel minor tempo possibile ottimizzando pertanto i tempi di accesso al network anche presso quelle strutture che non siano operative nei giorni festivi.

E' consentito agli Assistiti di effettuare con modalità telematiche una preattivazione della prestazione sanitaria da ricevere in regime di assistenza diretta, accedendo alla propria area riservata del portale avvalendosi delle funzionalità interattive rese disponibili in apposita sezione dedicata ovvero tramite App Mobile dedicata.

Art. 7 MODALITA' DI LIQUIDAZIONE O RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.

Le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti vengono liquidate, fermi i limiti e massimali previsti, direttamente dalla Cassa alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle franchigie previste dal presente Piano Sanitario che saranno corrisposte dall'assistito alla struttura sanitaria al momento dell'esecuzione della prestazione.

Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate.

In questo caso le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti vengono rimborsate all'Assistito con i limiti, massimali e franchigie previste dal presente Piano Sanitario.

Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di prestazioni 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., la Cassa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'assistito per il pagamento di ticket (compresa la "quota aggiuntiva regionale").

Art. 8 MODALITA' DI RICHIESTA DEL RIMBORSO

Il rimborso dovrà avvenire tramite bonifico bancario o, se richiesto dall'interessato, tramite assegno, entro 5 giorni dalla ricezione della pratica.

In caso di richieste incomplete dei documenti necessari, come previsto dal presente Piano Sanitario, il conteggio dei giorni per il rimborso partirà al momento della consegna di tutta la documentazione necessaria.

In caso di rifiuto totale o parziale del rimborso richiesto, dovrà essere inviata comunicazione tempestiva contenente le motivazioni dettagliate ed esplicite del mancato rimborso.

8.1 La richiesta di rimborso on-line

L'Assistito, in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.cassarbmsalute.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Cassa si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

8.2 La richiesta di rimborso telematica

Alternativamente al modello di trasmissione sopra descritto, l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.cassarbmsalute.it (AREA RISERVATA), può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al seguente punto 8.3.

8.3 La richiesta di rimborso cartacea

In alternativa alle procedure di cui ai punti 8.1 e 8.2, l'Assistito, ricevuta la prestazione, potrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.cassarbmsalute.it (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando fotocopia della documentazione giustificativa di cui sopra.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

CASSA RBM SALUTE - FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SSN

Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde -31022 Preganziol (TV)

8.4 La consultazione on-line della propria pratica

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet sito www.cassarbmsalute.it (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);

- totale rimborso.

8.5 Servizio "Segui la tua pratica"

E' a disposizione il servizio "Segui la tua pratica"; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

8.6 Accesso ai servizi tramite app mobile di RBM Salute

La Cassa rende disponibile una APP Mobile proprietaria per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).

Coloro che sono già registrati nell'area riservata come utenti per la gestione on line dei sinistri – area iscritto - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per accedere ai servizi tramite APP Mobile proprietaria, in caso contrario dovranno essere richieste login e password per poter accedere all'Area Riservata.

Art. 9 MASSIMALE / LIMITE DI ASSISTENZA

Non è previsto alcun massimale di rimborso al di fuori di quelli previsti dal presente Piano Sanitario.

Art. 10 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto stipulato dall'Ateneo con la Cassa ha la durata di 2 anni.

Alla scadenza l'assistenza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Alla scadenza di tale biennio l'Ateneo potrà richiedere il rinnovo del contratto fino ad un massimo di ulteriori due anni, anche mediante singoli rinnovi annuali, previa comunicazione scritta da effettuarsi tramite PEC almeno 30 giorni prima della scadenza.

Art. 11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assistenza è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 12 ALTRE ASSICURAZIONI/ASSISTENZE

L'Ateneo e l'Assistito sono esonerati dal dichiarare alla Cassa l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assistito di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

Art. 13 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assistenza vale in tutto il mondo.

Art. 14 LIMITI DI ETÀ

Non sono previsti limiti di età per l'adesione di personale in carico all'Ateneo a qualsiasi titolo, compreso il PD e gli AD in caso di adesione volontaria. Per l'adesione volontaria dei componenti del nucleo familiare non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assistiti che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Art. 15 CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Per parte nelle controversie di natura medica si intende in ogni caso l'assistito, è esclusa ogni coinvolgimento, responsabilità o onere per l'Ateneo.

Per le controversie di natura medica, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assistito.

Art. 16 RISERVATEZZA

La Cassa si impegna a conservare il più rigoroso riserbo in ordine a tutta la documentazione fornitale dall'Ateneo o dal singolo Assistito.

La Cassa si impegna altresì a non divulgare e a non utilizzare per fini estranei all'esecuzione del servizio procedure, notizie, dati, atti, informazioni o quant'altro relativo all'Ateneo.

La Cassa in ogni caso si impegna ad osservare tutti gli obblighi previsti dalla normativa in materia di tutela della privacy e di trattamento dei dati personali.

Art. 17 TRATTAMENTO DATI

Ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196, i dati forniti alla Cassa, anche personali e sensibili, devono essere trattati esclusivamente per le finalità connesse alla esecuzione del servizio.

La Cassa sarà responsabile del trattamento dei dati personali raccolti o comunicati dall'Ateneo ai fini dell'esecuzione del servizio.

ALLEGATO A) Grandi interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia.

- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.