



ASSISTENZA BASE

(Rif. CIG 4619301FC2)

**DISCIPLINARE PER L'EROGAZIONE AL
PERSONALE IN SERVIZIO E IN QUIESCENZA
DELLA CONSOB DI CONTRIBUTI ECONOMICI
IN OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

ART. 1 – ASPETTI GENERALI

La Cassa (di seguito denominata Cassa) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (di seguito denominata CONSOB) e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare agli Assistiti di cui al successivo art. 2 rimborsi di spesa e contributi economici per i casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme di seguito indicate.

La durata del contratto è pari a due anni, dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2013 alle ore 24.00 del 31 dicembre 2014. Il contratto può essere prorogato per un ulteriore anno al verificarsi delle condizioni e nei termini di cui all'art. 5, comma 2 del contratto stipulato tra la Cassa e la CONSOB.

È sempre facoltà e libera scelta dell'assistito ottenere le prestazioni mediche coperte dall'assistenza secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista.

ART. 2 – ASSISTITI E OPERATIVITÀ DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 4, è prestata a favore dei dipendenti in servizio e dei pensionati diretti, ivi compresi i capitalizzati al 100% e i “differiti” che vi abbiano aderito (tutti di seguito definiti anche “Titolari dell'assistenza”) e si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge ed ai figli fiscalmente a carico, siano o no conviventi con i titolari dell'assistenza. Condizioni e modalità di inserimento sono riportate nel contratto.

L'assistenza può inoltre includere, su richiesta del Titolare, e dietro pagamento di specifiche quote capitarie, il coniuge e i figli fiscalmente non a carico (anche se non conviventi), il convivente more uxorio da almeno tre anni e i figli di questo, nonché gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con il titolare dell'assistenza, siano o no a carico dello stesso.

L'inclusione in assistenza di tali familiari deve riguardare tutti quelli risultanti dallo stato di famiglia del titolare (purché a loro volta assistibili); nel caso di inclusione del coniuge o di un figlio fiscalmente non a carico e non conviventi, è obbligatoria l'inclusione anche degli altri figli e/o del coniuge del dipendente/ex dipendente anagraficamente conviventi con il coniuge/figlio che si intende inserire. Dall'obbligo di inserimento in assistenza di tutti i familiari assistibili sono esclusi:

- i familiari assistibili che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro di uno di essi (“analoga assistenza”);
- il convivente more uxorio e i figli di questo. Peraltro, l'inserimento in assistenza di uno di tali soggetti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti i familiari assistibili rientranti nello stato di famiglia del dipendente/ex-dipendente titolare dell'assistenza.

TRANNE CONIUGE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL DIPENDENTE/EX DIPENDENTE TITOLARE DELL'ASSISTENZA PUÒ ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.

Gli Assistiti diversi da dipendente/ex-dipendente, coniuge, figli, convivente more uxorio e figli di questo, fratello e sorella (fatta eccezione per coloro che aderiscono al presente disciplinare senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale) e, comunque, tutti gli Assistiti al

superamento del 75° anno di età, devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all. 4 allo schema di contratto). Il mantenimento integrale delle prestazioni può, in tali casi, subire delle limitazioni ove la Cassa espressamente e motivatamente comunichi per iscritto all'interessato proprie determinazioni in proposito. Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere dell'interessato, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, potrebbero comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e l'esclusione del rimborso dei contributi da questa nel frattempo versati in favore dell'assistito.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico di cui sopra;
- durante il permanere del rapporto (quale dipendente o quale pensionato) con la CONSOB.

In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione di cui all'art. 12, comma 6, lett. c) del contratto o senza che sia stata esercitata l'opzione per la prosecuzione stessa, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assicurativa in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del dipendente/ex- dipendente, il nucleo assistito avrà facoltà, con oneri a proprio totale carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare dovrà subentrare nella posizione di titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Fatta eccezione per gli Assistiti già aderenti, al 31.12.2012, alla previgente copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dalla CONSOB, per i dipendenti assunti o rientrati da aspettativa con decorrenza successiva al 30.11.2012, nonché per i casi di nascita/adozione/affidamento di un figlio, matrimonio, maturazione del 3° anno di convivenza more uxorio, insorgere di convivenza con parenti o affini entro il 3° grado, venir meno di “analogia assistenza” come sopra definita (purché gli inserimenti vengano effettuati alle condizioni ed entro i termini previsti dal contratto), l'intervento della Cassa è subordinato ad un termine di aspettativa dalla data di decorrenza delle prestazioni (01.01.2013) di:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, l'assistenza decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assistenza stessa, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento sia avvenuto dopo tale data;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati anteriormente alla data di decorrenza del diritto alle prestazioni.

ART. 3 – LIMITI DI ASSISTENZA

Per “limite di assistenza” per nucleo familiare assistito si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito (di cui al precedente art. 2), per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

I contributi economici di cui all'art. 1 sono erogati per le prestazioni di cui al presente disciplinare, fino alla concorrenza della complessiva somma annua di € 160.000,00, elevata a € 200.000,00 per nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione. Tali somme si intenderanno raddoppiate in caso di grande intervento chirurgico (compreso nell'allegato elenco), ricoveri presso unità coronariche, di terapia intensiva e sub-intensiva. Inoltre, qualora nel nucleo assistito

sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, i limiti di assistenza si intenderanno maggiorati del 20%.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI

A – PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

La Cassa rimborsa:

- 1) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o *day hospital* presso istituto di cura:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito/i;
 - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per gli interventi effettuati in convenzione diretta, per i grandi interventi, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
 - accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi - necessari al recupero della salute - effettuati nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo il rimborso massimo sarà pari a € 6.000,00 per evento, con applicazione dello scoperto previsto alla lettera B.

- 2) In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico effettuato anche in regime di *day hospital*:
 - accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
 - rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
 - accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 gg. precedenti il ricovero e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.
- 3) In caso di parto fisiologico:
 - sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;

- rette di degenza fino all'importo di € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a €4.000,00 per evento.

4) Per il neonato:

- retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica con il limite massimo di €1.500,00 anno/nucleo, senza applicazione di scoperti/franchigie.

5) Trasporto

- le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa – in caso di intervento chirurgico – con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), con un massimo di € 1.300,00 per ricovero in Italia e € 1.600,00 per ricovero all'estero.

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza/lavoro dell'assistito non esistano strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta, nonché nei casi in cui le strutture esistenti non possano effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate all'assistito le spese per il trasporto ferroviario, in 1^a classe (andata e ritorno) per il luogo più vicino in cui esistono strutture convenzionate ove sia possibile effettuare il ricovero urgente. Per gli Assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente (andata e ritorno).

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B – SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A punti 1) e 2) prevede:

- per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la Cassa (sia struttura sanitaria che équipe medica): nessuno scoperto/franchigia;
- per i ricoveri effettuati non in regime di convenzione diretta con la Cassa: applicazione di un limite di €260,00 giornalieri per la retta di degenza e, per tutte le altre spese, applicazione di uno scoperto del [...] con un minimo di [€...] e un massimo di [€...] per ricovero (compresi i ricoveri effettuati in regime di Day hospital). In caso di parto cesareo, fermo rimanendo il limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza, viene applicata una franchigia fissa di €1.300,00.

In caso di grandi interventi chirurgici, quali indicati nell'allegato elenco, e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub-intensiva, non verrà applicato limite per la retta di degenza né alcuno scoperto.

Per i ricoveri a carico del S.S.N., il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché della “differenza di classe” relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lettera A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lettera A punti 3), 4) e 5) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di €260,00 giornalieri per le rette di degenza non in convenzione diretta con la Cassa.

C – PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

La Cassa rimborsa le “prestazioni di alta diagnostica” di cui di seguito, con un limite assistenziale complessivo di [€ ...] per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa):

- AGOASPIRATO;
- AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto;
- ANGIOGRAFIA;
- ANGIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTROGRAFIA;
- BRONCOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA;
- CARDIOTAC;
- CISTERNOGRAFIA;
- CLISMA OPACO;
- CISTOGRAFIA;
- CISTOSCOPIA;
- COLONSCOPIA;
- COLANGIOGRAFIA;
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;
- COLECISTOGRAFIA;
- CORONAROGRAFIA;
- DOC;
- DOPPLER;
- DUODENOSCOPIA;
- ECOCARDIOGRAMMA;
- ECODOPPLER;
- ECOCOLORDOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ESAME CITOLOGICO;
- ESAME ISTOLOGICO;
- ESOFAGOSCOPIA;
- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;
- GALATTOGRAFIA;
- GASTROSCOPIA;
- HOLTER;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA;

- MIELOGRAFIA;
- MOC;
- PANCOLONSCOPIA;
- PET;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;
- RETINOGRAFIA;
- RETTOSCOPIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- RX ESOFAGO;
- RX TUBO DIGERENTE;
- SCINTIGRAFIA;
- SPECT;
- TAC;
- TELECUORE;
- UROFLUSSOMETRIA;
- UROGRAFIA;
- VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto.

Le prestazioni di cui alla presente lettera C vengono rimborsate come segue:

- se effettuate in totale regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicata una franchigia fissa di [€...] per ciclo di cura;
- se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€...] per ciclo di cura.

I ticket relativi alle prestazioni di cui alla lettera C vengono rimborsati senza l'applicazione di scoperto e gli stessi vanno presentati con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre).

D – PROTESI

La Cassa rimborsa le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche con il limite anno/nucleo di €1.100,00.

E – CURE ONCOLOGICHE E DIALISI

La Cassa rimborsa, con il limite di € 15.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- visite specialistiche;
- chemioterapia;
- terapie radianti.

Inoltre, la Cassa rimborsa le spese sostenute per la dialisi (anche al di fuori dei casi di patologie oncologiche).

Le prestazioni di cui alla lettera E vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto.

F – CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di €1.250,00 per anno/nucleo; le spese verranno rimborsate con applicazione di uno scoperto del 25%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario sarà certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

G – LONG TERM CARE

Per i soli dipendenti titolari dell'assistenza, la Cassa rimborsa, per le malattie manifestatesi e per gli infortuni occorsi durante il periodo di vigenza del contratto che comportino esiti invalidanti permanenti o semi-permanenti che determinino uno stato di non autosufficienza tale da rendere necessaria una continuativa assistenza anche per le esigenze della vita quotidiana, le spese documentate di assistenza anche domiciliare e/o quelle di ricovero presso strutture specializzate, nel limite di € 600,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni. In alternativa, ove possibile, viene corrisposta una rendita di € 600,00 mensili per un periodo massimo di 10 anni.

H – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese vengono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 1.000,00 per anno/nucleo.

I – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA

La Cassa rimborsa le spese sostenute per fisioterapia riabilitativa a seguito di infortunio, ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche, entro il limite di [€...] per anno/nucleo (da intendersi maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa).

Le prestazioni di cui alla presente lettera I vengono rimborsate come segue:

- se effettuate in totale regime di convenzione diretta con la Cassa, non verrà applicato alcuno scoperto/ franchigia;
- se effettuate non in regime di convenzione diretta con la Cassa, verrà applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€...] per fattura.

La fisioterapia a seguito di infortunio sarà rimborsata solo se documentata da apposita certificazione ospedaliera comprovante l'avvenuto infortunio.

ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'Assistito/i all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale, fatto salvo quanto previsto all'art. 4, lettera G;

- le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o deficit visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di *day hospital*, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) se non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lettera F;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 6 – CRITERI E MODALITÀ DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente disciplinare, delle spese sostenute, il Titolare deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed infine dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute di spesa devono essere trasmesse [da specificare le modalità].

La Cassa effettua il rimborso dovuto direttamente al Titolare anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare - entro il termine di 30 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente disciplinare ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; in tal caso il termine per la definizione del sinistro sarà di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare.

Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o risulti non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire nel previsto termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% (zerovirgolazeroduepercento) per ogni giorno di calendario.

I rimborsi vengono effettuati in Italia in Euro; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

ART. 7 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte 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, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (Assistito e Cassa) sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'Assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i predetti soggetti.

LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma li,

CONSOB

CASSA

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

Intervento iatale con tunduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - enucleazione delle cisti
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.

- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.

- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

Iridocicloterazione da glaucoma.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.