



società di mutuo soccorso
Milano – Viale San Gimignano, 30/32
info@insiemesalute.org

**REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL PERSONALE DELLA
COOPERAZIONE SOCIALE - Piano InsiemeSalute120**

Il regolamento entra in vigore con effetto 1° gennaio 2026 e scade il 31 dicembre 2027 salvo proroga.

INDICE INTERATTIVO

• <u>NORME GENERALI</u>	<u>p.02</u>
• <u>COME CHIEDERE ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA (PRESA IN CARICO)</u>	<u>p.02</u>
• <u>COME CHIEDERE ASSISTENZA IN FORMA RIMBORSUALE</u>	<u>p.03</u>
• <u>AREA RICOVERI</u>	<u>p.04</u>
• <u>PRESTAZIONI AMBULATORIALI (visite, esami, interventi ambulatoriali, ecc.)</u>	<u>p.06</u>
• <u>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI AMBULATORIALI</u>	<u>p.08</u>
• <u>PACCHETTO MATERNITA' e GRAVIDANZA</u>	<u>p.09</u>
• <u>ASSISTENZA ODONTOIATRICA</u>	<u>p.11</u>
• <u>OCCHIALI E CHIRURGIA REFRATTIVA</u>	<u>p.13</u>
• <u>PRESTAZIONI DI LOGOPEDIA</u>	<u>p.14</u>
• <u>PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE PERSONALIZZATO – DIARIO DEI CONTROLLI</u>	<u>p.15</u>
• <u>SERVIZI DI SUPPORTO PSICOLOGICO GRATUITO</u>	<u>p.15</u>
• <u>SERVIZI DI CONCILIAZIONE VITA/LAVORO</u>	<u>p.17</u>
• <u>SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI</u>	<u>p.17</u>
• <u>SOSTEGNO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE</u>	<u>p.18</u>
• <u>ESCLUSIONI</u>	<u>p.20</u>
• <u>SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA</u>	<u>p.20</u>
• <u>CARD SALUTE</u>	<u>p.23</u>
• <u>CONTATTI E SERVIZI DI SUPPORTO</u>	<u>p.23</u>
• <u>PIATTAFORMA ONLINE (web App e App mobile)</u>	<u>p.23</u>

1. ADESIONI

1.1 In base agli accordi aziendali, l'assistenza è prestata a favore dei dipendenti della Cooperativa in servizio attivo, come da elenco trasmesso dalla Cooperativa e successive integrazioni. Tutti gli oneri economici sono a carico della Cooperativa.

2. NUCLEO FAMILIARE

2.1 Il dipendente può iscrivere a Insieme Salute, con comunicazione scritta da inoltrare all'ufficio del personale della Cooperativa, il coniuge o convivente more uxorio di età inferiore ai 66 anni e i figli o affiliati, purché risultanti dallo stato di famiglia del dipendente. In questo caso gli oneri saranno a totale carico del dipendente.

2.2 Non è ammessa l'adesione parziale del nucleo familiare, salvo il caso in cui siano presenti familiari che abbiano superato il limite di età di cui al precedente punto o familiari già coperti da altre certificate forme mutualistiche o assicurative in campo sanitario.

2.3 Nel caso di iscrizione del nucleo familiare, alla domanda di adesione dovrà essere allegata l'autocertificazione del nucleo familiare convivente e la documentazione comprovante l'esistenza di eventuali coperture mutualistiche o assicurative ai fini di quanto previsto dal comma precedente.

2.4 All'avvio del servizio potrà essere concordata con la cooperativa una finestra temporale entro cui sarà possibile iscrivere i familiari entro i tempi e con le modalità che saranno comunicate. Alla chiusura di tale finestra, ogni aggiunta successiva di familiari dovrà essere esplicitamente richiesta a Insieme Salute con domanda di iscrizione.

2.5 Il dipendente che aderisce singolarmente potrà, in un secondo tempo, iscrivere anche il proprio nucleo familiare, esclusivamente con decorrenza 1° gennaio di ogni anno.

2.6 Le adesioni di familiari in corso d'anno potranno riguardare soltanto i seguenti eventi comunicati entro 30 giorni dal loro verificarsi: nascita, adozione, affidamento, matrimonio, unione civile, insorgere di convivenza more uxorio. In questi casi la copertura del familiare decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla ricezione della domanda di adesione salvo quanto previsto al successivo punto 4.2.

3. CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

3.1 I contributi associativi mensili per ogni aderente sono i seguenti:

Dipendente	A carico Cooperativa
Coniuge o convivente more uxorio fino a 65 anni	12,50 €
Figlio o affiliato fino a 26 anni	7,50 €
Figlio o affiliato oltre 26 anni	12,50 €

3.2 Tutti i contributi sono versati direttamente dalla Cooperativa a Insieme Salute e sono deducibili per il lavoratore.

4. DECORRENZA, VALIDITA'

4.1 Le iscrizioni e l'assistenza prevista dal presente Regolamento decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene inoltrato da parte della Cooperativa il nominativo della persona da inserire in copertura.

4.2 Per i neonati, facenti parte di nuclei familiari già aderenti a Insieme Salute, il diritto all'assistenza coincide con il giorno di nascita purché venga data opportuna comunicazione a Insieme Salute entro trenta giorni dalla nascita. Per essi è garantita l'assistenza anche per le malattie congenite, salvo il caso in cui le stesse fossero conosciute al momento dell'adesione del nucleo familiare. Per i neonati iscritti entro 30 giorni dalla nascita l'iscrizione è gratuita fino al 31 dicembre dell'anno di nascita.

4.3 Le garanzie sono valide per prestazioni sanitarie eseguite sia in Italia che all'estero.

5. ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

5.1 Per assistenza in forma diretta si intende la possibilità per l'Assistito di recarsi presso le strutture convenzionate con Insieme Salute e usufruire delle prestazioni senza anticipare il costo delle stesse o pagando al momento dell'accettazione le sole quote a suo carico come previsto dal presente regolamento.

5.2 Per accedere alle prestazioni in forma diretta con le strutture convenzionate, l'Assistito dovrà utilizzare la seguente procedura:

Procedura di richiesta Presa in carico

- **L'Assistito prenota la prestazione presso la Struttura sanitaria convenzionata anticipando di essere assistito di Insieme Salute e Consorzio Mu.Sa.**
- L'Assistito comunica a Insieme Salute gli estremi della prenotazione:
 - nominativo Assistito
 - struttura convenzionata scelta
 - prestazione da eseguire
 - data e ora di esecuzione della prestazione
 - diagnosi (quando richiesta)

La comunicazione dei precedenti dati potrà essere fatta:

 - telefonicamente al numero dedicato;
 - inserendo i dati da Web APP o APP Mobile Insieme Salute.
- Insieme Salute invia la presa in carico della prestazione alla struttura convenzionata e all'Assistito.

N.B. La richiesta online dovrà essere effettuata almeno due giorni lavorativi prima della data di esecuzione della prestazione. Eventuali urgenze potranno sempre essere gestite tramite richiesta telefonica.

Tramite strumento di ricerca online con geolocalizzatore l'Assistito può cercare la struttura convenzionata più vicina che effettua la prestazione richiesta e i relativi recapiti per contattarla in autonomia.

- È inoltre disponibile un servizio di prenotazione effettuato da Insieme Salute. L'Assistito che preferisse chiedere a Insieme Salute di prenotare per suo conto una prestazione, potrà accedere alla piattaforma online e seguire la procedura guidata per comunicare a Insieme Salute i giorni e gli orari di disponibilità.

6. RIMBORSI

6.1 I rimborsi e i sussidi previsti vanno richiesti direttamente a Insieme Salute, entro 365 giorni dalla data in cui è stata effettuata la prestazione, tramite i servizi della piattaforma Cosmo (area riservata del sito www.insiemesalute.org e APP mobile – si veda punto 24.4) tramite fax o posta ordinaria. Le liquidazioni avverranno con bonifico bancario sul c/c dell'associato.

6.2 I rimborsi di Insieme Salute sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti da altri enti mutualistici o da compagnie di assicurazione per i quali i soci devono fare regolare richiesta.

7. DOCUMENTAZIONE E CONTROLLI

Insieme Salute si riserva la facoltà di richiedere ogni documentazione clinica utile per procedere al rimborso, alla presa in carico o all'autorizzazione a norma del presente regolamento. L'Assistito deve consentire eventuali controlli medici disposti da Insieme Salute.

8. PRESCRIZIONE

Il diritto a richiedere i rimborsi si prescrive decorsi 365 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

9. RECESSI

Gli associati hanno facoltà di recedere da Insieme Salute ogni anno, dando comunicazione alla stessa con disdetta da trasmettere a mezzo lettera raccomandata a.r. o e-mail entro il 31 ottobre a valere per l'anno successivo. Per i dimissionari l'assistenza termina con l'ultimo giorno del mese in cui è cessato il rapporto di lavoro con la Cooperativa. Gli stessi, facendone richiesta scritta entro la fine del mese successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, potranno continuare volontariamente la loro adesione a Insieme Salute, con le forme di assistenza aperte al pubblico e a loro totale carico.

10. STATUTO SOCIALE

Tutto quanto non espressamente richiamato nel presente regolamento, è disciplinato dallo statuto sociale di Insieme Salute consultabile sul sito www.insiemesalute.org.

11. AREA RICOVERI

11.1 MASSIMALE COMPLESSIVO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Sono coperti i ricoveri per intervento chirurgico. Il massimale complessivo per i ricoveri per grande intervento chirurgico di cui ai seguenti punti 11.2 (ricovero ssn senza costi a carico dell'assistito) e 11.3 (ricovero con costi a carico dell'assistito) è di 15.000 € per anno e per persona.

11.2 RICOVERI SSN PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico compreso tra quelli previsti dall'allegato A, effettuato tramite Servizio Sanitario Nazionale, è erogata una diaria di € 80 fino a 90 giorni per anno e per persona. La diaria non è erogata nel caso in cui l'assistito richieda il rimborso per prestazioni usufruite durante il medesimo ricovero.

Norme per ottenere la prestazione

- Per richiedere la diaria, l'assistito dovrà seguire la procedura descritta al precedente punto 6.1 e inviare: copia della lettera di dimissioni completa rilasciata dall'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, la diagnosi medica circostanziata.

11.3 RICOVERI PRIVATI PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero in struttura sanitaria a pagamento per grande intervento chirurgico compreso tra quelli previsti dall'allegato A, l'associato può usufruire di un rimborso delle relative spese (degenza, sala operatoria, medici, esami, farmaci, protesi, ecc.) entro il massimale di cui al punto 11.1 e fino a un massimo di 90 giorni di degenza per anno e per persona. Sono escluse le spese extra (bar, pernottamento e pasti ospiti, ecc.).

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate e con medici convenzionati, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale annuo.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale annuo.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'assistito deve obbligatoriamente chiedere la preventiva autorizzazione scritta di Insieme Salute inviando a ricoveri@insiemesalute.org la copia del preventivo emesso dalla struttura sanitaria, la proposta di ricovero (prescrizione) redatta dal medico curante o dallo specialista e i referti completi di tutti gli accertamenti precedenti il ricovero.
- Insieme Salute rilascerà l'autorizzazione all'assistenza o il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.
- In caso di ricoveri autorizzati in forma diretta, Insieme Salute invierà alla struttura convenzionata la relativa presa in carico.
- In caso di ricoveri autorizzati in forma rimborsuale, per chiedere il rimborso l'Assistito dovrà inviare al termine del ricovero la cartella clinica (se in lingua non italiana con relativa traduzione) completa di anamnesi prossima e remota e diario clinico; la lettera di dimissioni completa e ogni fattura di spesa e ogni notula medica rimasta a suo carico. Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1.

11.4 RICOVERI PER ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricovero, in strutture pubbliche o private, per altro intervento chirurgico (che non rientra tra i grandi interventi chirurgici previsti all'Allegato A), l'assistito avrà diritto ad una diaria di € 30 per ogni notte di ricovero e fino a massimo 90 giorni di degenza per anno e per persona. La diaria è erogata in caso di day hospital per intervento chirurgico (day surgery).

Norme per ottenere la prestazione

- Per richiedere la diaria è necessario inviare la copia della lettera di dimissioni completa rilasciata dall'ospedale con indicata la data di ricovero, quella di dimissione, la diagnosi medica circostanziata. Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1.
- Ai fini del calcolo dell'indennità erogabile saranno conteggiate le effettive notti di degenza (salvo per quanto riguarda i day hospital per cui sarà erogata l'indennità relativa a una giornata di ricovero).

11.5 RICOVERI PER CURE ONCOLOGICHE

Sono coperti i ricoveri in day hospital, sia SSN che a pagamento, effettuati per cure oncologiche, come chemioterapia, radioterapia, cobaltoterapia. I ricoveri sono coperti con le seguenti modalità fino al massimale complessivo di 6.000 € per anno e per persona.

Ricoveri in day hospital SSN senza costi a carico dell'assistito

L'assistito ha diritto all'erogazione della diaria di € 25 per ogni day hospital SSN, fino a un massimo di 90 giorni di degenza per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- In caso di ricoveri SSN, per richiedere la diaria l'assistito dovrà seguire la procedura descritta al precedente punto 6.1 e inviare: copia della lettera di dimissioni completa o verbale di ogni singolo accesso rilasciata dall'ospedale con evidenziati la data del trattamento e la diagnosi medica circostanziata.

Ricoveri in day hospital a pagamento

L'assistito ha diritto al rimborso dei ricoveri in day hospital fino al raggiungimento del massimale annuo complessivo.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate e con medici convenzionati, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale annuo.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale annuo.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'assistito deve obbligatoriamente chiedere la preventiva autorizzazione scritta di Insieme Salute inviando a ricoveri@insiemesalute.org la copia del preventivo emesso dalla struttura sanitaria; la proposta di ricovero (prescrizione) redatta dal medico curante o dallo specialista con l'indicazione della patologia per la quale viene effettuata la terapia e il numero di sedute; i referti completi di tutti gli accertamenti precedenti il ricovero.
In caso di day hospital oncologico, la preventiva autorizzazione deve essere richiesta per ogni singolo accesso.
- Insieme Salute rilascerà l'autorizzazione all'assistenza o il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.
- In caso di ricoveri autorizzati in forma diretta, Insieme Salute invierà alla struttura convenzionata la relativa presa in carico.
- In caso di ricoveri autorizzati in forma rimborsuale, per chiedere il rimborso l'Assistito dovrà inviare al termine del ricovero la cartella clinica (se in lingua non italiana con relativa traduzione) completa di anamnesi prossima e remota e diario clinico; la lettera di dimissioni completa con il dettaglio delle prestazioni effettuate ad ogni singolo accesso e ogni fattura di spesa e ogni notula medica rimasta a suo carico. Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1.

11.6 LIMITI DELL'ASSISTENZA E NORME GENERALI

- Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.
- I rimborsi e le diarie previste sono relativi alla sola degenza per cure oncologiche. Sono esclusi i giorni di ricovero per prestazioni riabilitative, anche se effettuate durante lo stesso ricovero e presso lo stesso reparto di degenza.
- Non sono assistibili i ricoveri se non effettuati in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza.
- Non sono erogate indennità giornaliere per i ricoveri per cui l'Assistito abbia richiesto altri rimborsi di documenti di spesa relativi alle stesse prestazioni erogate in regime di ricovero.
- Non saranno rimborsati ricoveri a pagamento per cui non sia stata emessa la preventiva autorizzazione scritta di Insieme Salute.

Il ricovero d'urgenza in strutture a pagamento (senza preventiva richiesta di autorizzazione) è giustificato dalla comparsa di un quadro clinico acuto che, per la sua entità o il possibile insorgere di gravi e imminenti complicazioni, renda inadeguata l'assistenza a domicilio. Il ricovero d'urgenza esclude l'assistenza diretta. Il ricovero d'urgenza deve essere notificato a Insieme Salute entro tre giorni dal suo verificarsi.

12. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

12.1 VISITE SPECIALISTICHE

Sono coperte le seguenti visite specialistiche fino a un massimale di 650 € per anno e per persona:

Visita allergologica, Visita andrologica, Visita anestesiologicala, Visita angiologica, Visita cardiocirurgica, Visita cardiologica, Visita chirurgica, Visita di chirurgia plastica, Visita dermatologica, Visita diabetologica, Visita ematologica, Visita endocrinologica, Visita epatologica, Visita fisiatrica, Visita gastroenterologica, Visita ginecologica, Visita internistica, Visita di medicina nucleare, Visita nefrologica, Visita neurochirurgica, Visita neurologica, Visita oculistica, Visita oncologica, Visita ortopedica, Visita otorinolaringoiatrica, Visita pediatrica, Visita pneumologica, Visita proctologica, Visita reumatologica, Visita senologica, Visita traumatologica, Visita urologica.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è garantita in forma rimborsuale nella misura del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa, da cui risulti chiaramente trattarsi di ticket, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, la specialità della visita eseguita, l'importo. Nel caso in cui la ricevuta non contenga il dettaglio della prestazione effettuata, può essere allegata ogni altra documentazione utile.

- La prestazione è fornita in forma diretta nella rete di strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato con una franchigia a carico dell'Assistito di € 20 per ogni visita, da corrispondere alla struttura sanitaria al momento dell'esecuzione della prestazione. Per ottenere la prestazione seguire la procedura al precedente punto 5. Non è necessaria la prescrizione medica per le visite senza accertamenti diagnostici.

- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura sanitaria con uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 60 per ciascuna visita e fino a massimo 3 visite per anno e per persona.

Per richiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia della fattura o parcella o altro documento di spesa, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il tipo di visita e la specializzazione del medico, l'importo per ogni singola prestazione. Non sono rimborsabili le visite per una specialità diversa dalla specializzazione del medico che le effettua. La parcella dovrà riferirsi a una sola visita. Nel caso in cui si riferiscano a più visite ne verrà sempre rimborsata una sola.

12.2 PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA e ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono coperte le prestazioni ambulatoriali di alta diagnostica e alta specializzazione previste nell'Allegato B fino a un massimale di € 10.000 per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è garantita in forma rimborsuale nella misura del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa, da cui risulti chiaramente trattarsi di ticket, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo. La ricevuta deve indicare il tipo di prestazione effettuata (ad esempio risonanza magnetica, tac, ecografia, ecc.). Nel caso in cui la ricevuta non contenga tale indicazione, può essere allegata ogni documentazione utile. Per le sole prestazioni effettuate tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non è richiesto l'invio della prescrizione medica.

- La prestazione è fornita in forma diretta nella rete di strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato con una franchigia a carico dell'Assistito di € 35 per ciascuna prestazione. Per ottenere la prestazione seguire la procedura al precedente punto 5 muniti di prescrizione medica come sotto descritta.

Attenzione: se l'endoscopia diagnostica dovesse diventare operativa contestualmente all'esecuzione dell'esame, senza che vi sia indicazione della biopsia o polipectomia sulla prescrizione medica, le spese pagate dall'assistito saranno rimborsate a posteriori secondo quanto previsto al successivo punto 12.4.

- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura sanitaria con uno scoperto del 30% e un minimo non indennizzabile di € 60 per ciascuna prestazione.

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia della fattura o parcella o altro documento di spesa, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo per ogni singola prestazione, e la copia della prescrizione medica come sotto descritta.

- In ogni caso, l'Assistito dovrà trasmettere a Insieme Salute la copia della prescrizione medica, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista, contenente la patologia sospetta o accertata o la sintomatologia per la quale le prestazioni sono state richieste. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "prevenzione", "controllo", "accertamenti", "familiarità" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica.

12.3 ALTRI ACCERTAMENTI AMBULATORIALI

L'assistito ha diritto al rimborso del 100% dei ticket corrisposti alle strutture sanitarie pubbliche o private accreditate per l'esecuzione di esami diagnostici ambulatoriali, esami di laboratorio e prestazioni di pronto soccorso.

E' escluso il rimborso dei ticket corrisposti per prestazioni diverse da quelle previste al comma precedente.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è garantita in forma rimborsuale nella misura del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa, da cui risulti chiaramente trattarsi di ticket, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo,. La ricevuta deve indicare il tipo di prestazione effettuata. Nel caso in cui la ricevuta non contenga tale indicazione, può essere allegata ogni documentazione utile.

Il massimale annuo previsto per le prestazioni di cui al presente punto 12.3 è di € 500 per anno a persona.

12.4 INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

Sono assistiti gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale (ad esempio polipectomie, biopsie, endoscopie operative, asportazione nei, cisti, cheratosi, ecc.), fino a un massimale di 800 € per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è garantita in forma rimborsuale nella misura del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa, da cui risulti chiaramente trattarsi di ticket, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo. La ricevuta deve indicare il tipo di prestazione effettuata. Nel caso in cui la ricevuta non contenga tale indicazione, può essere allegata ogni documentazione utile. Per le sole prestazioni effettuate tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non è richiesto l'invio della prescrizione medica.

- La prestazione è fornita in forma diretta nella rete di strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura sanitaria, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale.
- Per attivare l'assistenza, sia in forma diretta che rimborsuale, l'assistito deve obbligatoriamente chiedere la preventiva autorizzazione scritta di Insieme Salute inviando a ricoveri@insiemesalute.org la copia del preventivo emesso dalla struttura sanitaria; la prescrizione rilasciata dal medico curante o dallo specialista come sotto descritta; i referti completi di tutti gli accertamenti precedenti.
- Insieme Salute rilascerà l'autorizzazione all'assistenza o il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.
- In caso di prestazioni effettuate in rete in forma diretta, Insieme Salute invierà alla struttura convenzionata la relativa presa in carico.
- In caso di prestazioni autorizzate in forma rimborsuale, per chiedere il rimborso l'Assistito dovrà inviare la prescrizione medica come sotto descritta; ogni fattura di spesa e ogni notula medica rimasta a suo carico. Per

chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1.

- In ogni caso, l'Assistito dovrà trasmettere a Insieme Salute la copia della prescrizione medica, rilasciata dal medico di medicina generale o dallo specialista, contenente la patologia sospetta o accertata o la sintomatologia per la quale le prestazioni sono state richieste. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "prevenzione", "controllo", "accertamenti", "familiarità" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica.

12.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI AMBULATORIALI

L'Assistito ha diritto all'assistenza per trattamenti fisioterapici e riabilitativi ambulatoriali come di seguito descritto.

12.5.1 POST RICOVERO

È assistito qualsiasi trattamento fisioterapico e riabilitativo eseguito a seguito di ricovero con intervento chirurgico fino a un massimo di 700 € per anno e per persona.

Norme per ottenere le prestazioni

- L'assistenza è prestata in forma diretta in rete presso strutture convenzionate.
- L'assistenza è prestata in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura.
- L'assistenza è garantita con rimborso del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per richiedere l'assistenza, l'Assistito dovrà inviare:

- Copia della lettera di dimissione rilasciata dall'ente ospedaliero attestante il ricovero con intervento.
- Copia della lettera di dimissioni o della prescrizione medica contenente l'indicazione dei trattamenti da eseguire (es. tecarterapia, onde d'urto, ultrasonoterapia, ecc.).
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo.

12.5.2 POST INFORTUNIO

È assistito qualsiasi trattamento fisioterapico e riabilitativo eseguito a seguito di infortunio certificato dall'accesso al Pronto Soccorso fino a un massimale di € 700 per anno e per persona.

Norme per ottenere le prestazioni

- L'assistenza è prestata in forma diretta in rete presso strutture convenzionate.
- L'assistenza è prestata in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura.
- L'assistenza è garantita con rimborso del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per richiedere l'assistenza, l'Assistito dovrà inviare:

- Copia del verbale di Pronto Soccorso attestante l'infortunio.
- Copia della prescrizione medica contenente l'indicazione dei trattamenti da eseguire (es. tecarterapia, onde d'urto, ultrasonoterapia, ecc.).
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo.

12.5.3 PER PATOLOGIA

In caso di protrusione vertebrale o ernia discale certificate da referto radiologico, sono assistite le seguenti prestazioni effettuate ai fini riabilitativi, fino a un massimale complessivo di 250 € per anno e per persona:

- Tecarterapia
- Magnetoterapia
- Onde d'urto
- Trazioni vertebrali
- Ultrasonoterapia
- Manipolazioni vertebrali

- Trattamento chiropratico
- Esercizi posturali propriocettivi
- Mobilizzazioni articolari
- Mobilizzazioni vertebrali

Norme per ottenere le prestazioni

- L'assistenza è prestata in forma diretta in rete presso strutture convenzionate.
- L'assistenza è prestata in forma rimborsuale, presso qualsiasi struttura, fino a 20 € a seduta per massimo 8 sedute per anno e per persona.
- L'assistenza è garantita con rimborso del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per richiedere l'assistenza, l'Assistito dovrà inviare:

- Referto radiologico che certifichi la presenza di protrusione vertebrale o ernia discale.
- Copia della prescrizione medica contenente l'indicazione dei trattamenti da eseguire (es. tecarterapia, onde d'urto, ultrasonoterapia, ecc.).
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo per ogni singola prestazione, il numero di sedute effettuate.

12.5.4 LIMITI ALL'ASSISTENZA E NORME GENERALI (riferite ai punti 12.5.1, 12.5.2 e 12.5.3)

- In tutti i casi (ricovero, infortunio, patologia), la prescrizione dovrà essere rilasciata dal medico di base o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata.
- Le prestazioni dovranno essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
- Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.
- In caso di ricovero o infortunio, la prescrizione delle terapie può avvenire in sede di ricovero o entro un mese dalle dimissioni dal ricovero o dall'infortunio certificato dal verbale di Pronto Soccorso. Le prestazioni devono essere effettuate entro 180 giorni dall'evento.

13. PACCHETTO MATERNITA' e GRAVIDANZA

13.1 MASSIMALI

L'Assistita in gravidanza ha diritto alle seguenti prestazioni entro i massimali di seguito indicati.

Il massimale complessivo per le prestazioni previste ai successivi punti 13.2 e 13.3 è di 500 € a gravidanza.

Il massimale per le prestazioni previste al successivo punto 13.4 è di 800 € per anno e per persona.

13.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN GRAVIDANZA

L'assistita ha diritto all'assistenza delle seguenti prestazioni effettuate per gravidanza:

3 visite ostetrico ginecologiche;

3 ecografie ostetrico ginecologiche;

analisi di laboratorio per monitorare la salute della madre (esami del sangue, urine, curva glicemica, beta Hcg, fattore RH, test di Coombs, Rubeo test, Toxo test, citomegalovirus, tamponi vagino-rettali).

Norme per ottenere la prestazione

- L'assistenza è garantita in forma rimborsuale nella misura del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute: la copia del documento di spesa, da cui risulti chiaramente trattarsi di ticket, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni effettuate, l'importo. Nel caso in cui la ricevuta non contenga il dettaglio

della prestazione effettuata, può essere allegata ogni documentazione utile.

Per le sole prestazioni effettuate tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non è richiesto l'invio della prescrizione medica.

- La prestazione è fornita in forma diretta nella rete di strutture sanitarie convenzionate e da personale convenzionato, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale.

Per ottenere la prestazione seguire la procedura al precedente punto 5 muniti di prescrizione medica.

- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura sanitaria, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale.

Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 inviando a Insieme Salute la copia della fattura o parcella o altro documento di spesa, contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni effettuate, l'importo per ogni singola prestazione; e la copia della prescrizione medica.

13.3 DIARIA DA RICOVERO PER PARTO NATURALE, CESAREO, ABORTO

In caso di gravidanza è inoltre prevista l'erogazione di un'indennità giornaliera di € 40 per massimo 7 notti di ricovero ordinario per parto naturale, cesareo o aborto (anche in day hospital).

Norme per ottenere la prestazione

- Per richiedere la diaria, l'assistito dovrà seguire la procedura descritta al precedente punto 6.1 e inviare: copia della lettera di dimissioni completa rilasciata dall'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, la diagnosi medica circostanziata.

13.4 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

L'Assistita ha diritto al rimborso delle spese relative alle procedure per la Procreazione Medicalmente Assistita effettuate nel rispetto della legge italiana (Legge 40/2004 e successive sentenze della Corte Costituzionale) e fino a un massimale di € 800 per anno e per persona.

Sono ammesse le spese sostenute per le prestazioni medico-chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, qualsiasi livello:

- I livello: inseminazione intrauterina (IUI), fecondazione intra-uterina;
- II livello: prelievo degli ovociti, fecondazione in vitro e impianto con sedazione o anestesia locale;
- III livello: prelievo degli ovociti, fecondazione in vitro e impianto in anestesia generale.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è erogata in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura.
- La richiesta di rimborso deve essere presentata a ciclo concluso.
- Per richiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 e inviare a Insieme Salute: ricevute di pagamento e/o fatture regolarmente intestate con dettaglio della prestazione eseguita, data, importo e soggetto erogatore; certificato della struttura sanitaria con la data di esecuzione del trasferimento degli embrioni o dell'inseminazione intrauterina oppure con l'indicazione della motivazione clinica che ha determinato l'annullamento del ciclo di PMA.

13.5 LIMITI ALL'ASSISTENZA E NORME GENERALI (riferite al punto 13.4)

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente iscritto a Insieme Salute.

Pertanto, qualora sia iscritto o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non iscritti a Insieme Salute o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

14. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

14.1 ACCESSO ALLA RETE: TARIFFARIO AGEVOLATO E PRIMA VISITA GRATUITA

L'associato può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

L'associato ha diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Norme per ottenere la prestazione

- L'associato deve prenotare la prima visita annuale di controllo presso un dentista convenzionato e richiedere a Insieme Salute la presa in carico. Per richiedere la presa in carico seguire la procedura al precedente punto 5.
- La struttura convenzionata provvede a stilare un piano di cure e un preventivo e ad inviare la suddetta documentazione a Insieme Salute, che controlla siano state applicate le tariffe concordate.
- L'associato accetta eventualmente il piano di cure e il preventivo vistato da Insieme Salute, sottoscrivendo una lettera di impegno con la struttura odontoiatrica convenzionata.
- Copia della fattura rilasciata al socio viene inviata a Insieme Salute, per un ultimo esame a garanzia del rispetto del tariffario.
- Le prestazioni odontoiatriche eseguite vengono direttamente saldate dall'associato alla struttura convenzionata, salvo nei casi previsti ai successivi punti 14.2, 14.3, 14.4, 14.5, 14.6, 14.7.

14.2 ABLAZIONE DEL TARTARO

L'Assistito ha diritto a un'ablazione del tartaro per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta in rete presso dentisti convenzionati, senza franchigie a carico dell'Assistito. Per richiedere la prestazione seguire la procedura al precedente punto 5.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale con un rimborso di € 40 utilizzando qualsiasi struttura. L'Assistito può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa. La fattura deve indicare il tipo di prestazione effettuata. Per richiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1.

14.3 IMPIANTI ENDOSSEI

Ciascun Assistito ha diritto all'assistenza fino ad un massimo di 2 impianti endossei per anno e per persona e fino a un massimo di € 400 ad impianto.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate con Insieme Salute o in forma rimborsuale presso qualsiasi altra struttura.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'interessato dovrà seguire obbligatoriamente la procedura di preventiva autorizzazione descritta al punto 14.8.
- In caso di evento traumatico l'interessato dovrà inviare anche copia della lettera di dimissioni dal pronto soccorso indicante le motivazioni del trauma.
- Insieme Salute, entro tre giorni lavorativi, rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.

Il massimale per le prestazioni di cui al presente punto 14.3 è elevato a € 3.500 per anno e per persona in caso di evento traumatico certificato dal Pronto Soccorso, senza numero massimo di impianti assistibili.

Gli impianti endossei effettuati tramite SSN (ticket sanitario) sono rimborsati al 100%, senza che sia necessaria la preventiva autorizzazione di Insieme Salute.

14.4 AVULSIONI

L'Assistito ha diritto a 2 avulsioni odontoiatriche per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate senza franchigia a carico dell'Assistito.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, con uno scoperto del 50% e un rimborso massimo di 50 € ad avulsione.

- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'interessato dovrà seguire obbligatoriamente la procedura di preventiva autorizzazione descritta al punto 14.8.

Le avulsioni effettuate tramite SSN (ticket sanitario) sono rimborsate al 100% senza che sia necessaria la preventiva autorizzazione di Insieme Salute.

14.5 OTTURAZIONI

L'Assistito ha diritto a 2 otturazioni all'anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate, fino a 2 otturazioni per anno e per persona, con franchigia di € 30 per ciascuna otturazione. Per richiedere la prestazione seguire la procedura al precedente punto 5.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, con uno scoperto del 50% e un rimborso massimo di 50 € ad otturazione.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete (forma diretta) che fuori rete (forma rimborsuale), l'interessato dovrà seguire obbligatoriamente la procedura di preventiva autorizzazione descritta al punto 14.8.

Le otturazioni effettuate tramite SSN (ticket sanitario) sono rimborsate al 100% senza che sia necessaria la preventiva autorizzazione di Insieme Salute.

14.6 PRESTAZIONI ORTODONTICHE

L'assistito che non abbia ancora compiuto i 14 anni d'età ha diritto all'assistenza delle prestazioni ortodontiche (apparecchi fissi o mobili), fino a un massimale di € 150 per anno e per persona.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate, fino al raggiungimento del massimale annuale.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, fino a € 150 per anno e per persona.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'interessato dovrà seguire obbligatoriamente la procedura di preventiva autorizzazione descritta al punto 14.8.

Le prestazioni effettuate tramite SSN (ticket sanitario) sono rimborsate al 100% senza che sia necessaria la preventiva autorizzazione di Insieme Salute.

14.7 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI PARTICOLARI

L'Assistito ha diritto all'assistenza dei seguenti interventi chirurgici odontoiatrici: adamantinoma; cisti follicolari; cisti radicolari; neoplasie ossee mandibolo/mascellari; osteiti mascellari; odontoma, fino a un massimale di € 1.000 anno/persona.

Norme per ottenere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate, fino al raggiungimento del massimale annuale.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, fino al raggiungimento del massimale annuale.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'interessato dovrà seguire obbligatoriamente la procedura di preventiva autorizzazione descritta al punto 14.8

Le prestazioni effettuate tramite SSN (ticket sanitario) sono rimborsate al 100% senza che sia necessaria la preventiva autorizzazione di Insieme Salute.

14.8 PROCEDURA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

- Per attivare le assistenze ai punti [14.3 Impianti endosse](#), [14.4 Avulsioni](#), [14.5 Otturazioni](#) e [14.7 Interventi chirurgici odontoiatrici particolari](#), da effettuare sia in rete che fuori rete, l'interessato dovrà obbligatoriamente comunicare preventivamente a Insieme Salute la data di inizio delle cure e richiedere l'autorizzazione inviando a prenotazioni@insiemesalute.org: il preventivo, con timbro e firma del medico odontoiatra, contenente il dettaglio delle prestazioni da eseguire. Alla richiesta dovrà essere altresì allegata l'ortopantomografia pre-trattamento, che riporti la data di esecuzione; la stessa non dovrà essere anteriore di oltre 30 giorni rispetto alla data di richiesta

dell'autorizzazione. Non possono essere accettate come valide ai fini dell'autorizzazione ortopantomografie senza referto o che non riportino la data di esecuzione.

- Per attivare le assistenze al punto 14.6 Prestazioni ortodontiche, alla richiesta di autorizzazione dovrà essere allegato il preventivo e un referto ortodontico, con timbro e firma del medico ortodontista, contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire, la data di inizio e la durata prevista del trattamento. L'autorizzazione sarà riferita ad un massimo di un anno di cura (12 mesi effettivi dalla data di rilascio dell'autorizzazione). In caso di cure che si protraggano oltre il primo anno di cura autorizzato, sarà sempre necessario, allo scadere dei 12 mesi di cura autorizzati, richiedere una nuova autorizzazione allegando relazione scritta con timbro e firma del medico ortodontista relativa allo stato di avanzamento della cura e alla durata prevista per il completamento del trattamento.
- Insieme Salute, entro tre giorni lavorativi, rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.

14.9 LIMITI ALL'ASSISTENZA e NORME GENERALI

- Per tutte le prestazioni di assistenza odontoiatrica e ortodontica il rimborso può essere concesso soltanto se l'inizio del trattamento, il termine dello stesso e l'emissione della fattura di saldo, sono avvenuti durante il periodo di iscrizione dell'associato a Insieme Salute.
- Non sono rimborsabili le fatture di acconto ad eccezione delle cure ortodontiche.
- Per il calcolo dei massimali annui fa fede la data riportata nella fattura di saldo.
- È esclusa dall'assistenza qualsiasi tipologia di bite.
- Non potranno essere in nessun caso rimborsati impianti endossei, avulsioni e cure ortodontiche non autorizzate prima dell'inizio delle cure.
- In casi di comprovata urgenza, è possibile assistere le seguenti prestazioni: otturazione o avulsione. L'urgenza può riguardare un'unica prestazione. La richiesta di autorizzazione dovrà essere inoltrata entro e non oltre le 48 ore successive dall'effettuazione della prestazione.

La richiesta di autorizzazione dovrà contenere: fattura di saldo quietanzata con il dettaglio di spesa di ogni singola prestazione, referto del medico odontoiatra che certifichi l'urgenza e ortopantomografia/radiografia endorale pre e post trattamento, con relativo referto, l'ortopantomografia pre-trattamento non dovrà essere anteriore di oltre 30 giorni rispetto alla data di richiesta dell'autorizzazione.

15. OCCHIALI E CHIRURGIA REFRAATTIVA

15.1 LENTI OFTALMICHE PER OCCHIALI

L'Assistito può chiedere il rimborso per l'acquisto delle lenti oftalmiche per occhiali da vista necessari per la correzione di difetti visivi o patologie oculari, certificati da medico oculista.

La prestazione è erogata fino a € 80 per persona ogni 24 mesi. Il rimborso successivo è erogato quando siano passati 24 mesi dalla data dell'ultima fattura rimborsata.

Norme per richiedere la prestazione

Per richiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1 e inviare a Insieme Salute:

- copia della fattura dell'ottico regolarmente intestata, con l'indicazione del numero di diottrie relative alle lenti acquistate e il dettaglio del costo di ogni singola lente;
- copia della prescrizione del medico oculista con l'indicazione del difetto visivo o della patologia relativa alle lenti acquistate. La prescrizione non dovrà essere antecedente più di 3 mesi dalla data fattura;
- il certificato di conformità delle lenti rilasciato dall'ottico, come da D.Lgs. del 24/02/97 n.46.

15.2 LIMITI ALL'ASSISTENZA E NORME GENERALI (riferite al punto 15.1)

Non sono rimborsabili le spese per l'acquisto di sole montature.

Non sono rimborsate le lenti a contatto di qualsiasi tipo.

Sono esclusi dal rimborso gli occhiali con lenti solari non graduate e occhiali subacquei.

Sono rimborsabili solo le fatture emesse durante il periodo di validità contrattuale.

15.3 CHIRURGIA REFRAATTIVA CON LASER ECCIMERI

L'Assistito può chiedere il rimborso per gli interventi di chirurgia refrattiva con laser a eccimeri per la correzione dei difetti visivi (es. miopia, astigmatismo, ipermetropia) fino a un massimo di € 900 per anno e per persona.

Il rimborso per la chirurgia refrattiva viene riconosciuto in presenza di una delle seguenti affezioni:

- miopia o ipermetropia con almeno 4 diottrie assommando una correzione mista sferica o cilindrica (per occhio);
- anisometropia (con differenza di almeno 2 diottrie fra i due occhi).

Sono esclusi gli interventi con finalità estetica.

Norme per richiedere la prestazione

- La prestazione è fornita in forma diretta presso strutture convenzionate e con medici convenzionati, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale annuo.
- La prestazione è fornita in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura, senza franchigie e fino al raggiungimento del massimale annuo.
- Per attivare l'assistenza, sia in rete che fuori rete, l'assistito deve obbligatoriamente chiedere la preventiva autorizzazione scritta di Insieme Salute inviando a ricoveri@insiemesalute.org la copia del preventivo emesso dalla struttura sanitaria; la prescrizione o certificazione del medico oculista attestante lo scopo terapeutico dell'intervento e la patologia; i referti completi di tutti gli accertamenti precedenti all'intervento.
- Insieme Salute rilascerà l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o richiederà all'Assistito eventuale documentazione mancante.
- In caso di interventi autorizzati in forma diretta, Insieme Salute invierà alla struttura convenzionata la relativa presa in carico.
- In caso di interventi autorizzati in forma rimborsuale, per chiedere il rimborso l'Assistito dovrà inviare il verbale di intervento; il documento di spesa/fattura contenente la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni effettuate, l'importo per ogni singola prestazione. Per chiedere il rimborso seguire la procedura al precedente punto 6.1.

Le prestazioni effettuate tramite SSN (ticket sanitario) sono rimborsate al 100% senza che sia necessaria la preventiva autorizzazione di Insieme Salute.

16. PRESTAZIONI DI LOGOPEDIA

L'assistito minorenne ha diritto all'assistenza delle prestazioni logopediche, fino a un massimale complessivo di 150 € per anno e per persona.

Potranno essere rimborsate le sole prestazioni erogate da personale specializzato in logopedia regolarmente iscritto all'Albo dei Logopedisti dell'Ordine Professionale TSRM e PSTRP (Legge 3/2018).

Norme per ottenere le prestazioni

- L'assistenza è prestata in forma diretta in rete presso strutture convenzionate, fino a 25 € a seduta.
- L'assistenza è prestata in forma rimborsuale, presso qualsiasi struttura, fino a 25 € a seduta.
- L'assistenza è garantita con rimborso del 100% della spesa sostenuta in caso di accesso tramite Servizio Sanitario Nazionale (ticket).

Per richiedere l'assistenza, l'Assistito dovrà inviare:

- Copia della prescrizione medica contenente l'indicazione dei trattamenti da eseguire, la patologia per la quale le prestazioni sono state richieste.
- Copia della fattura contenente il nominativo dell'Assistito, la data, il soggetto erogatore della prestazione, il dettaglio delle prestazioni sanitarie eseguite, l'importo.

17. PROGRAMMA DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE PERSONALIZZATO – DIARIO DEI CONTROLLI

Ciascun Assistito maggiorenne può accedere gratuitamente, secondo le periodicità consigliate, a tutte le prestazioni di diagnosi precoce e prevenzione previste dal suo personale “Diario dei controlli” attivabile annualmente attraverso la piattaforma online di Insieme Salute (Cosmo).

Le prestazioni effettuate tramite Diario dei controlli sono erogate in regime privato in rete, presso le strutture indicate da Insieme Salute.

Le prestazioni consigliate dal Diario dei controlli possono essere inoltre effettuate per prevenzione, presso qualsiasi struttura accedendo tramite SSN, con rimborso del 100% del ticket sanitario.

Oltre alle prestazioni previste dal Diario dei controlli, sono rimborsati al 100% anche gli esami di laboratorio (sangue, urine e feci) effettuati tramite SSN, per prevenzione, con le modalità previste al precedente punto 12.3.

Norme per accedere alle prestazioni

Per accedere alle prestazioni è necessario attivare, tramite la piattaforma online di Insieme Salute, il “Diario dei controlli” e seguire la procedura di presa in carico di seguito descritta.

Insieme Salute non richiede la prescrizione medica per accedere alle prestazioni di prevenzione personalizzata, tuttavia, le strutture sanitarie erogano gli esami diagnostici (esempio mammografia) solo su presentazione di apposita prescrizione (del medico di base o del medico specialista).

a) Attivazione del “Diario dei controlli”

- Accedere alla piattaforma online di Insieme Salute dal sito www.insiemesalute.org, cliccando sulla voce “Area Riservata” e successivamente aprire il menu “Servizi” – “Guida alla prevenzione” – “Conoscere e prevenire” – “Informazioni e questionario”
- Compilare il questionario online di auto-profilazione, inserendo i dati richiesti (età, ultimi controlli effettuati, abitudini e stile di vita, ecc.). Al termine della compilazione, viene elaborato un programma di diagnosi precoce e prevenzione personalizzato con il dettaglio delle visite e degli esami di controllo e relativa periodicità consigliata in base al genere e all’età.
- Cliccando sul bottone “Attiva Diario”, i controlli vengono automaticamente calendarizzati secondo le periodicità consigliate.
- Per accedere al Diario è necessario aggiornare la pagina o ri-effettuare il log-in all’area riservata del sito di Insieme Salute e seguire il percorso: menu “Servizi” – “Guida alla prevenzione” – “Diario dei controlli”.

b) Prenotazione delle prestazioni previste dal “Diario dei controlli”

Il dipendente riceve un’e-mail di notifica all’avvicinarsi della data utile per effettuare la prestazione consigliata. Il dipendente può accedere al “Diario dei controlli” e prenotare la prestazione seguendo l’apposita procedura guidata.

Dopo aver effettuato la prestazione, il “Diario” si aggiorna automaticamente e riprogramma la prestazione in base alle periodicità consigliate.

c) Aggiornamento annuale del “Diario dei controlli”

Ogni anno il dipendente dovrà compilare nuovamente il questionario online di auto-profilazione, per accedere gratuitamente alle prestazioni di diagnosi precoce e prevenzione consigliate.

18. SERVIZI DI SUPPORTO PSICOLOGICO

Le seguenti prestazioni di sostegno psicologico sono erogate a ciascun assistito maggiorenne, senza massimali annui e in totale anonimato.

Non è necessaria la prescrizione medica.

Non è necessario richiedere alcuna pre-autorizzazione, né presa in carico, a Insieme Salute.

Per accedere o prenotare la prestazione seguire le modalità descritte al successivo paragrafo “COME ACCEDERE ALLE CONSULENZE TELEFONICHE E ALLE SEDUTE PSICOLOGICHE IN VIDEOCONFERENZA”

Accedendo presso la rete di professionisti convenzionati, l’assistito può usufruire dei seguenti servizi di supporto psicologico:

18.1 NUMERO VERDE BENESSERE - CONSULENZE TELEFONICHE PSICOLOGICHE GRATUITE

L'Assistito può contattare ogni volta che ne sente il bisogno il servizio di supporto psicologico telefonico gratuito e anonimo tramite numero verde attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, tutto l'anno.

Il servizio di sostegno psicologico ha lo scopo di fornire all'Assistito, tramite la figura di uno psicologo qualificato, un supporto imparziale e confidenziale su un problema personale o professionale, nel momento in cui ne sente il bisogno.

Il sostegno psicologico per telefono è un ascolto professionale, incondizionato e neutrale finalizzato ad aumentare la capacità dell'Assistito di affrontare una determinata situazione di disagio dovuta, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a:

- problematiche personali: lutto, malattia, infortunio, divorzio, conflitto interpersonale, ansia, dipendenze, difficoltà familiari, mancanza di una rete sociale di supporto, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dell'apprendimento, post parto e maternità.
- problematiche lavorative legate: al contesto organizzativo (chiarezza dei ruoli, comunicazione interna, domande contraddittorie), al controllo (incertezza del futuro, margine decisionale, conciliazione vita-lavoro), al riconoscimento (prospettiva di crescita, riconoscimento degli sforzi e dei risultati raggiunti), alle relazioni (con i colleghi, con i superiori, o come rispetto, molestie e intimidazioni) o alle attività (carico mentale, disagi fisici o ambientali, mole di lavoro, obbligo di adattamento, senso e utilità del lavoro).

18.2 SEDUTE PSICOLOGICHE IN VIDEOCONSULENZA GRATUITE

Lo psicologo, in occasione della prima chiamata, accoglie la richiesta dell'Assistito, capisce le problematiche psicologiche sottese al problema riportato, indaga le aspettative del soggetto e gli esplicita il funzionamento del servizio. L'Assistito, se necessario, può proseguire le consulenze in videoconferenza.

Le prime consulenze sono orientate ad una approfondita analisi della domanda e del bisogno dell'Assistito che accede al servizio. In base alle necessità, vengono stabiliti e condivisi con l'Assistito dei percorsi di consulenza personalizzati. I percorsi sono finalizzati al raggiungimento di determinati obiettivi e di una maggiore percezione del livello di benessere riguardo la questione portata come problematica. I percorsi di consultazione terminano quando questi obiettivi vengono raggiunti, la durata complessiva dipende pertanto dalle esigenze della singola persona.

Le consulenze fornite sono coperte dal segreto professionale conformemente al codice deontologico degli psicologi. Ogni consulenza ha una durata non superiore a un'ora.

Alla prima chiamata, l'Assistito può scegliere uno pseudonimo che verrà richiesto ad ogni chiamata per garantire la continuità degli scambi con lo psicologo.

18.3 COME ACCEDERE ALLE CONSULENZE TELEFONICHE E ALLE SEDUTE PSICOLOGICHE IN VIDEOCONFERENZA

Per accedere al servizio seguire la seguente procedura:

- accedere alla piattaforma online di Insieme Salute dall'area riservata del sito www.insiemesalute.org.
- selezionare, dal menù "Servizi", "Servizi per la famiglia"- "Supporto psicologico". Nella pagina di presentazione viene descritto il servizio, riportato il Numero verde e le credenziali per accedere al portale dedicato.
- Per utilizzare il servizio chiamare il numero verde dedicato o accedere al portale dedicato.

ATTENZIONE: il servizio è erogato in totale anonimato, è tuttavia necessario indicare all'operatore il nome della propria Cooperativa e che si è assistiti di Insieme Salute.

Inoltre, tramite portale dedicato l'assistito può:

- **Prenotare i colloqui in video-conferenza**

Gli Assistiti hanno la possibilità di prenotare e di effettuare colloqui in video-conferenza con uno psicologo a scelta. L'Assistito ha accesso a una breve descrizione del profilo dello psicologo (che comprende una fotografia, le specializzazioni e le disponibilità del medesimo) e può fissare un appuntamento con lo psicologo prescelto. Ogni colloquio in video-conferenza ha una durata non superiore a un'ora.

- **Scambiare messaggi tramite chat**

Gli Assistiti hanno la possibilità di scambiare messaggi in tempo reale con psicologi, di esporre le loro problematiche e di ottenere supporto e suggerimenti. La chat è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 19:00.

- **Chiedere consulenze per iscritto tramite modulo di contatto**

Gli Assistiti hanno la possibilità, attraverso un modulo da compilare, di esporre una situazione, una problematica e di chiedere una consulenza per iscritto. Un professionista darà riscontro per iscritto entro 48 ore lavorative.

19. CONCILIAZIONE TEMPO VITA/LAVORO

19.1 SERVIZIO DI ORIENTAMENTO PER IL CAREGIVER

L'Assistito che si prende cura di un genitore over 60 fragile ha diritto ad usufruire due volte all'anno di un servizio di orientamento per far fronte alle esigenze connesse allo stato di non autosufficienza o di particolare fragilità dovuta all'età o allo stato di salute del genitore, anche se non iscritto a Insieme Salute.

Per usufruire del servizio l'Assistito dovrà contattare Insieme Salute e fornire le informazioni richieste per l'attivazione dello stesso oltre ad un recapito telefonico o e-mail necessari per il ricontatto.

L'Assistito verrà ricontattato da un operatore specializzato che, attraverso un colloquio telefonico o videotelefonico della durata di circa un'ora, raccoglierà le informazioni necessarie relative ai bisogni della persona non autosufficiente.

Una volta effettuato il colloquio l'Assistito riceverà un report scritto contenente le indicazioni utili per la gestione delle problematiche emerse, quali a titolo di esempio: necessità di attivare un'assistenza domiciliare ad ore, possibilità di rivolgersi a enti pubblici per ricevere servizi gratuiti o sussidi, possibilità di attivare percorsi riabilitativi, ecc. Il report conterrà inoltre alcune segnalazioni di enti che il socio potrà, a sua discrezione, contattare per attivare i diversi servizi necessari (rsa, centri riabilitativi, alberghi per soggiorni di sollievo, assistenti domiciliari, ecc.).

Norme per ottenere la prestazione

- l'assistenza è prestata in forma diretta e deve essere attivata contattando gli uffici di Insieme Salute

19.2 SERVIZIO "TROVA ASSISTENTE DOMICILIARE"

In caso di bisogno per sé o per il proprio genitore, l'assistito potrà contattare Insieme Salute per la ricerca di personale qualificato nello svolgimento di servizi socio sanitari e assistenziali domiciliari. Insieme Salute, in relazione al tipo di richiesta, si occuperà di inviare al domicilio dell'assistito operatori professionali (OSS, OSA, ASA).

Il servizio di reperimento e invio al domicilio è gratuito. Le prestazioni saranno erogate applicando le tariffe convenzionate con Insieme Salute. Il costo, da corrispondere direttamente all'operatore, rimarrà a carico dell'assistito salvo quanto previsto al successivo punto 19.

Norme per ottenere la prestazione

- l'assistenza è prestata in forma diretta e deve essere attivata contattando gli uffici di Insieme Salute

20. SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

20.1 ASSISTENZA DOMICILIARE DIURNA E NOTTURNA POST RICOVERO e POST INFORTUNIO

L'Assistito che, a seguito di ricovero o infortunio certificato dal verbale di Pronto Soccorso, necessita di assistenza presso il proprio domicilio può farne richiesta e usufruirne entro 15 giorni dalle dimissioni o dal verificarsi dell'infortunio, contattando Insieme Salute.

La copertura è prevista per un massimo di 90 ore per anno e per persona. L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore consecutive. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di nove ore consecutive.

Le mansioni delle persone incaricate ad erogare assistenza domiciliare sono tutte quelle atte a dare sollievo e cura all'Assistito nel suo ambiente domestico; è prevista anche una cura del domicilio che sia legata ad un mantenimento dello stato di igiene nel minimo indispensabile.

A titolo esemplificativo e non limitativo, l'erogazione di Assistenza Domiciliare consiste in:

sorveglianza generica; fare compagnia; curare la persona anche con intervento igienico personale, con sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione; supportare l'Assistito nelle relazioni esterne e per commissioni di vario tipo, escludendo l'uso di un

mezzo proprio dell'operatore anche per trasporti all'Assistito, fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili); preparare e somministrare pasti.

Sono inoltre compresi gli interventi di tipo sociosanitario effettuati a domicilio dell'Assistito da medici, infermieri e/o da professionisti con la qualifica di O.S.S. quali:

cure relative ai bisogni dell'Assistito nelle attività di vita quotidiana in un contesto più o meno prevedibile; controllo dei parametri vitali e del bilancio idrico; preparazione, distribuzione e somministrazione dei medicinali per via orale, topica, oftalmica, auricolare, nasale, rettale, vaginale e aerosol; preparazione e somministrazione dei medicinali per via intradermica, sottocutanea, intramuscolare ed endovenosa (in una via venosa già in sito); cura e sorveglianza dell'utente portatore di sondino o PEG già in sito compresa somministrazione alimentazione; cura della ferita e terapia; cura e sorveglianza dell'utente portatore di colostomia e urostomia; esecuzione di prelievi di liquidi biologici a scopo diagnostico e uso di reagenti (uricemia, glicemia, ecc); esecuzione di medicazioni secche e umide; cura e sorveglianza dell'utente in ossigeno terapia; aspirazione buccofaringea; cura e sorveglianza degli utenti portatori di apparecchi ortopedici; esecuzione di bendaggi e uso di calze elastiche anche in caso di utenti in post-operatorio e amputazione, valutazione del dolore, cura e sorveglianza dell'utente diabetico esclusa la pedicure.

Sono escluse le richieste all'Assistente A.S.A. e/o O.S.S. affinché si interponga all'Assistito o lo sostituisca in operazioni di carattere economico o che possano mettere l'Assistente stesso in situazioni di responsabilità che non siano di sua competenza.

Norme per ottenere la prestazione

- l'assistenza è prestata in forma diretta in rete e deve essere attivata contattando gli uffici di Insieme Salute;
- in assenza di disponibilità in rete, è previsto un sussidio di 25 € per ogni giorno in cui sia stata effettivamente prestata l'assistenza domiciliare.

20.2 ASSISTENZA IN OSPEDALE DIURNA E NOTTURNA

L'Assistito che durante il ricovero necessita di prestazioni di sorveglianza e aiuto che non rientrano per legge, contratto di lavoro o regolamento interno, nelle competenze proprie del personale sanitario e parasanitario dell'istituto di cura, può farne richiesta e usufruirne per un massimo di 120 ore per anno e per persona. L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore consecutive. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di nove ore consecutive.

Norme per ottenere l'assistenza

- L'assistenza è erogata in forma diretta contattando preventivamente Insieme Salute. L'assistenza ospedaliera viene esclusivamente prestata per i ricoveri presso istituti autorizzati come ospedali o case di cura. È sempre esclusa l'assistenza per ricoveri in case di riposo o simili e nei reparti di lungodegenza.
- L'assistenza è erogata soltanto se autorizzata dal personale sanitario responsabile del reparto ove è ricoverato il socio da assistere. L'autorizzazione scritta deve essere consegnata al personale che si presenterà per assistere il degente. In mancanza di tale autorizzazione non sarà prestata alcuna assistenza.

21. SOSTEGNO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

L'accertamento con esito positivo del sopravvenuto stato di non autosufficienza nei termini sotto specificati, dà diritto all'indennizzo delle spese per le prestazioni indicate nel successivo capitolo "oggetto delle prestazioni" fino a € 300 al mese per persona per massimo 365 giorni dall'insorgere della non autosufficienza.

21.1 Decorrenza

In seguito all'accertamento dello stato di non autosufficienza, le prestazioni saranno a disposizione a decorrere dalla data di consegna di tutta la documentazione richiesta.

Per tutte le prestazioni di seguito previste, l'assistenza decorre dalle ore 24 del giorno d'iscrizione in caso di infortunio occorso successivamente alla data di decorrenza dell'iscrizione e certificato dal verbale di Pronto Soccorso. Negli altri casi l'assistenza decorre con le seguenti carenze: dopo 1 anno in caso di malattia, dopo 3 anni in caso di morbo di Alzheimer o Parkinson o AIDS.

21.2 Oggetto delle prestazioni

Le prestazioni indennizzabili e/o i servizi erogabili sono i seguenti:

- a. assistenza alla persona;
- b. assistenza infermieristica;
- c. trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- d. acquisto o noleggio di ausili, presidi e tutori;
- e. aiuto personale allo svolgimento delle attività quotidiane;

- f. aiuto domestico familiare;
- g. retta per la degenza in strutture residenziali o semi residenziali per persone non autosufficienti;
- h. rimborso delle spese per opere di adattamento dell'appartamento (eliminazione barriere architettoniche, adeguamento impianti, domotica, ecc.).
- i. servizi di tele-assistenza.

21.3 Norme per ottenere l'assistenza

L'assistenza è erogata in forma diretta o rimborsuale. Per ottenere l'indennizzo delle spese sostenute l'assistito dovrà presentare a Insieme Salute i relativi documenti di spesa corredati da prescrizione medica (quest'ultima da produrre *una tantum* in caso di spese ricorrenti). I giustificativi di spesa dovranno essere costituiti da documenti fiscalmente validi, quietanzati e datati nel mese di riferimento.

Per ottenere il rimborso i documenti di spesa non dovranno risalire ad una data superiore ai 90 giorni antecedenti al momento della richiesta.

Nel caso di servizi forniti da personale assunto per l'assistenza alla persona non autosufficiente, l'assistito dovrà produrre copia del contratto di lavoro e, ogni mese, copia della busta paga e del relativo documento di pagamento.

Le prestazioni previste al *punto h* dovranno essere preventivamente autorizzate da Insieme Salute. Le stesse potranno essere rimborsate secondo le modalità previste dal presente regolamento, fino ad un massimo di 12 mensilità. Nel caso in cui le fatture dovessero superare l'importo massimo previsto mensilmente, il rimborso potrà essere comunque dilazionato su più mesi.

21.4 Definizione di non autosufficienza

Per stato di non autosufficienza si intende l'incapacità fisica, totale e presumibilmente permanente di svolgere anche con l'aiuto di speciali apparecchiature e senza l'assistenza di una terza persona le seguenti attività ordinarie di vita quotidiana:

- a. lavarsi (farsi il bagno o la doccia)
- b. vestirsi e svestirsi
- c. usare i servizi igienici
- d. mobilità: capacità di muoversi da una stanza all'altra all'interno della residenza abituale
- e. essere continenti
- f. nutrirsi: capacità di consumare cibo, bere e mangiare

Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto da Insieme Salute quando sia riscontrata l'incapacità di compiere almeno 4 delle attività ordinarie della vita sopra elencate, o sia riconosciuto un punteggio uguale o superiore a 40 come definito dall'apposita tabella (Allegato C) al presente regolamento.

21.5 Modalità di accertamento

Una Commissione medica incaricata da Insieme Salute valuterà lo stato dell'Assistito in base alla richiesta dello stesso o dei suoi familiari, corredata dalla seguente documentazione:

- Richiesta di riconoscimento dello stato di non autosufficienza;
- Diagnosi e/o patologia. Certificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza preferibilmente corredata dalla tabella dei punteggi compilata dal medico curante;
- Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- Documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico;
- Ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza. (ad es. certificazione di invalidità INPS).

L'Assistito deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute, assumendosi la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese.

La Commissione medica, eventualmente avvalendosi della consulenza tecnico-specialistica ritenuta necessaria, esaminerà e valuterà la documentazione ricevuta, e potrà procedere ad una visita di accertamento presso il domicilio dell'assistito, nel termine massimo di tre mesi dalla data di ricevimento della documentazione completa richiesta.

21.6 Prosecuzione e cessazione

Le prestazioni sono dovute, permanendo lo stato di non autosufficienza, fino al decesso dell'Assistito. Il decesso dovrà essere immediatamente comunicato a Insieme Salute dai familiari o da chi si occupa dell'Assistito.

Nel caso in cui cessi per qualsiasi motivo lo stato di non autosufficienza, l'Assistito dovrà comunicarlo immediatamente a Insieme Salute; in ogni caso, lo stato di non autosufficienza può essere soggetto a verifica e revisione ogni 12 mesi o a intervalli più frequenti qualora la Commissione medica lo reputi opportuno.

Insieme Salute avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenzi il recupero dell'autosufficienza, comunicherà all'Assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto alla restituzione delle eventuali somme percepite dopo la data del recupero dell'autosufficienza.

Insieme Salute in ogni caso ha la facoltà di procedere a controlli presso il beneficiario e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare il suo stato di salute.

In caso di rifiuto da parte del beneficiario della prestazione di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta da parte di Insieme Salute.

Insieme Salute ha facoltà di richiedere una certificazione di esistenza in vita del beneficiario con cadenza annuale.

22. ESCLUSIONI

22.1 I dipendenti della Cooperativa hanno diritto all'assistenza anche per le patologie preesistenti e le gravidanze in corso al momento dell'iscrizione.

22.2 I familiari iscritti indipendentemente dalla data di adesione non possono essere assistiti per le gravidanze in corso e per le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili, preesistenti alla data della loro iscrizione.

Per gli stessi lo stato di sieropositività HIV al momento dell'iscrizione a Insieme Salute esclude ogni assistenza anche all'insorgere in forma conclamata di AIDS. Le cure, le analisi e i ricoveri conseguenti a gravidanza in corso al momento dell'iscrizione, non sono assistibili.

22.3 Sono sempre escluse: le malattie nervose e/o mentali (salvo i casi espressamente previsti dal presente regolamento); le malattie congenite, le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi, le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, le conseguenze del tabagismo, le cure estetiche, le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza, le malattie e/o gli infortuni causati da competizioni sportive agonistiche, le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti, le conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

22.4 Non sono rimborsabili, nemmeno sotto forma di ticket: i farmaci e le terapie farmacologiche, ogni tipo di vaccinazione, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure pre maternità e pre paternità, le cure e gli accertamenti contro la sterilità e l'infertilità, le visite psicologiche e psichiatriche salvo i casi previsti dal presente regolamento, le visite medico sportive, le visite e gli accertamenti atti all'ottenimento di certificazioni mediche di idoneità (es. idoneità all'attività agonistica, idoneità alla guida, ecc.), le prestazioni effettuate per prevenzione salvo quanto previsto al punto 16, le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche salvo i casi espressamente previsti dal presente regolamento. Non è assistibile alcun tipo di prestazione che non sia espressamente prevista dal presente regolamento.

23. SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA

L'Assistito potrà usufruire di una centrale telefonica, operativa 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che erogherà le prestazioni di seguito specificate. La Centrale può essere contattata al Numero Verde 800 - 40 73 29 dall'Italia o +39 02 - 24 12 83 45 dall'estero.

23.1 Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assistito necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

23.2 *Invio di un medico in Italia*

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un medico presso la propria residenza e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

23.3 *Invio di un pediatra in Italia*

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assistito necessiti di un pediatra presso la sua residenza e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno associativo.

23.4 *Ambulanza per trasporto in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza*

Qualora l'Assistito a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, dal luogo in cui si trova in Italia fino ad un centro ospedaliero più vicino, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta dell'Assistito, ad inviare l'ambulanza tenendo i costi a suo carico del percorso complessivo (andata/ritorno), per un massimo di 3 volte per anno associativo. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

23.5 *Monitoraggio del ricovero ospedaliero*

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assistito, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assistito rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

23.6 *Consegna farmaci presso la residenza*

Qualora l'Assistito non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci presso la residenza. Restano a carico dell'Assistito i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno associativo.

23.7 *Ricerca infermiere in Italia*

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Assistito, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), la Struttura Organizzativa provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato è garantita 24h24 ed i relativi costi restano a carico dell'Assistito. La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore.

23.8 *Servizio spesa a casa in Italia*

Qualora l'Assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa, nelle prime due settimane di convalescenza, di effettuare la consegna presso la sua residenza di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assistito i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

23.9 *Assistenza ai minori di anni 14*

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assistito, la Struttura Organizzativa incaricherà una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il soggiorno o durante il rientro presso la residenza, per un massimo di 15 giorni e per un massimo di 2 ore al giorno.

23.10 *Viaggio di un familiare*

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assistito a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in

treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate

23.11 Recapito messaggi urgenti

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi.

23.12 Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assistito, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

23.13 Rientro anticipato

Qualora l'Assistito in viaggio debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Assistito un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica). Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Assistito la documentazione comprovante l'evento che ha dato luogo alla prestazione.

23.14 Informazioni sanitarie e farmaceutiche

L'Assistito potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Assistito;

indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;

informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

-loro composizione;

-equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;

-posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;

-eventuali controindicazioni

23.15 Informazioni di medicina tropicale

L'Assistito potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

-vaccinazioni richieste;

-rischi sanitari;

-alimentazione e bevande;

-farmaci utili in viaggio;

-clima e temperature;

-servizi sanitari in loco

23.16 DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI RELATIVE AI SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA

Le prestazioni di assistenza (con esclusione della consulenza medica telefonica e dei servizi Infocenter) sono fornite fino per un massimo di tre volte nel periodo di validità della copertura.

La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

24. CARD SALUTE

Tessera personalizzata di Insieme Salute che garantisce l'accesso con tariffe agevolate ad una vasta rete di strutture sanitarie e parasanitarie su tutto il territorio nazionale con sconti che possono arrivare fino al 50% dei tariffari. Altre facilitazioni in enti e strutture operanti nei settori del benessere, del parasanitario, del tempo libero.

Soltanto presentando la tessera, non scaduta, fornita da Insieme Salute, il socio potrà ottenere dalle strutture convenzionate le condizioni di miglior favore concordate in convenzione. Il tesserino è un documento personale che non può essere ceduto e che va esibito unitamente ad un documento di riconoscimento.

25. INFORMAZIONE E SERVIZI DI SUPPORTO

25.1 ASSISTENZA TELEFONICA, TRAMITE POSTA ELETTRONICA E PRESSO GLI UFFICI

Il socio può richiedere qualsiasi tipo di informazione sul servizio contattando l'assistenza telefonica di Insieme Salute al numero **02-50041902**.

Il servizio è attivo tutto l'anno dal lunedì al venerdì esclusi i festivi in orario d'ufficio.

Insieme Salute non si avvale di call center esterni, gli assistiti possono contattare direttamente gli operatori della Mutua.

Le informazioni possono essere richieste anche scrivendo all'indirizzo di posta elettronica info@insiemesalute.org.

Il socio può altresì richiedere ogni tipo di informazione recandosi presso gli uffici di Insieme Salute dal lunedì al giovedì esclusi i festivi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00 (venerdì fino alle 17.00).

25.2 DOCUMENTI FISCALI

Ogni anno, in tempo per la dichiarazione dei redditi, Insieme Salute mette a disposizione degli assistiti, attraverso l'area riservata o con invio per posta, il riepilogo dei rimborsi effettuati nell'anno:

per ciascun assistito il documento riporta la data della prestazione effettuata, la tipologia di prestazione, l'ammontare della spesa sostenuta, l'ammontare del rimborso erogato da Insieme Salute e l'eventuale ammontare della parte di rimborso rimasta a carico dell'assistito.

25.3 MESSAGGISTICA

Insieme Salute invierà agli assistiti che abbiano comunicato, anche attraverso l'area web riservata, il proprio numero di telefonia mobile, un sms per:

- notificare la ricezione di una richiesta di rimborso;
- notificare la liquidazione di un rimborso.

25.4 AREA RISERVATA TRAMITE WEB APP COSMO E MOBILE APP INSIEME SALUTE

Cosmo è la piattaforma web di Insieme Salute in continua evoluzione che mette a disposizione dei soci diversi servizi integrati volti a migliorare la fruibilità e la trasparenza dell'assistenza offerta. La piattaforma offre **un'area riservata** sul sito di Insieme Salute e **un'applicazione mobile** scaricabile gratuitamente sul proprio smartphone (Android e Ios). A tutti i servizi della piattaforma si può accedere tramite registrazione con la stessa username e password. Di seguito i servizi disponibili:

Tramite la Web APP Cosmo il dipendente potrà:

- richiedere una prenotazione per assistenza in forma diretta;
- richiedere una presa in carico per assistenza in forma diretta;
- inviare le richieste di rimborso e sussidio;
- scaricare in ogni momento la CARD SALUTE DIGITALE;
- ricercare la struttura convenzionata più vicina con geolocalizzazione, in base alla prestazione e alle valutazioni degli utenti;
- verificare il proprio profilo assistenziale e quello dei propri familiari e consultare i relativi regolamenti;
- verificare e modificare dati personali (indirizzi, e-mail, numeri telefonici, coordinate bancarie);
- verificare lo stato delle richieste di rimborso inoltrate e visionare le immagini di documenti inviati;
- consultare tutte le prestazioni sanitarie assistite da Insieme Salute negli ultimi due anni sia in forma diretta che indiretta;
- controllare date, entità e motivazioni dei bonifici effettuati da Insieme Salute;
- scaricare, archiviare e stampare documenti fiscali inerenti alla propria posizione.

Le stesse funzionalità sono disponibili anche tramite APP Mobile Insieme Salute.

26. TUTELA DEI DATI PERSONALI

Tutte le informazioni e i documenti richiesti all'associato sulla base del presente regolamento sono tutelati a norma della legge 196/03 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016.

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA:

- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - Correzione impianto anomalo coronarie
 - Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
 - Correzione canale atrioventricolare completo
 - Finestra aorto-polmonare
 - Correzione di
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
 - pervietà interventricolare con "debanding"
 - Pericardiectomia parziale o totale
 - Sutura del cuore per ferite
 - Interventi per corpi estranei del cuore
 - Interventi per fistole artero-venose del polmone
 - Legatura e resezione del dotto di Botallo
 - Operazione per embolia della arteria polmonare
 - Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
 - By-pass aorto-coronarico
 - Angioplastica coronarica ed eventuale applicazione di stents
 - Aneurismi aorta toracica
 - Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
 - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
 - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
 - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
 - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
 - Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

CHIRURGIA GENERALE:

- *COLLO*

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Tiroidectomia per via cervicale
- Tiroidectomia subtotale per neoplasie maligne
- Tumori della trachea

- *APPARATO DIGERENTE*

- Resezione dell'esofago cervicale con plastiche sostitutive
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Interventi per tumori intestinali: resezioni parziali basse – alte – totali
- Reinterventi per mega-esofago
- Stenosi congenita del piloro
- Gastrectomia totale
- Gastrectomia se allargata
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Colectomia totale
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Resezione anteriore retto-colica
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Intervento iatale con funduplicatio (ernia diaframmatica)
- Derivazioni biliodigestive
- Resezione epatica
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Splenectomia
- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per neoplasie pancreatiche

- *RENE-APPARATO URINARIO-APPARATO GENITALE MASCHILE*

- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Interventi per fistola vescico rettale
- Cistectomia totale uretero sigmoidostomia
- Uretero – ileo anastomosi (o colo)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia
- Prostatectomia totale per carcinoma
- Nefrostomia
- Nefrolitotomia percutanea
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

GINECOLOGIA:

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE:

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- 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

NEUROCHIRURGIA:

- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Talamotomia e pallidotomia ed altri interventi simili
- Interventi per epilessia focale
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)

- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Interventi di laminectomia
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale

OTORINOLARINGOIATRIA:

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

ORTOPEDIA:

- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Ostiosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapolo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "customade"
- Artropalstica delle grandi articolazioni
- Acromioplastica più cuffia rotatori della spalla
- Emipelvectomia
- Emipelvectomia "interna" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di artroprotesi, di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Intervento di artroprotesi, di rimozione e reimpianto di protesi del ginocchio
- Intervento di artroprotesi, di rimozione e reimpianto di protesi della spalla
- Vertebrotonomia
- Discotomia per via anteriore per ernia dura o molle artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti

CHIRURGIA TORACO POLMONARE:

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toraceptomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE:

- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Rivascolarizzazione monolaterali - bilaterali o multiple delle aree aorto-iliache, femoro-poplitea, tronchi sovraortici, arterio-viscerali e carotidi

TRAPIANTI D'ORGANO:

- TUTTI



ALLEGATO B - ALTA DIAGNOSTICA

Prestazioni di alta diagnostica coperte

Angiografia selettiva
Angiografia carotidea o vertebrale
Artrografia
Broncografia
Cistografia
Clisma Opaco
Colangiografia
Colangiografia percutanea
Colangiografia retrograda
Colecistografia
Colonscopia virtuale
Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche
Dacriocistografia
Defecografia
Ecografia
Ecocolordopplergrafia
Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler tronchi sovraortici
Elettromiografia
Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
Elettroretinogramma
Elettromiografia completa
Fistolografia
Flebografia arti superiori/inferiori
Flebografia di un arto
Fluorangiografia
Fluorangiografia + ICG
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
Retinografia
Rx esofago
Rx Tubo Digerente
Scialografia
Scintigrafia miocardica basale
Scintigrafia miocardica basale + test da sforzo
Scintigrafia Total Body, Linfoscintigrafia
Urografia
Uretrocistoscopia semplice - unico atto diagnostico
Vesciculodeferentografia

RMN – RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

Rmn angio (qualsiasi distretto vascolare)

Rmn atm monolaterale

Rmn cine (studio funz. Articolazioni)

Rmn colangio e/o wirsung

Rmn addome superiore e inferiore - pelvi

Rmn addome sup. o inf - pelvi

Rmn artic. e un segmento osseo (ginocchio, spalla, gomito, collo, piede, ecc.)

Rmn total body

Rmn bacino o collo o laringe o faringe o cranio o ipofisi o nervi acustici o mammella bil. o massiccio facciale o torace mediastino

Rmn cuore

Rmn rachide e midollo spinale (un tratto)

Rmn rachide e midollo spinale (due tratti)

Rmn rachide midollo spinale (tre tratti)

TAC – TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

Addome inferiore (vescica, prostata, utero, annessi)

Addome superiore (fegato, pancreas, milza, surreni, reni, vie biliari)

Artic. Temporo-Mandibolare

Artic. Tibio-Tarsica

Bacino (Anche)

Cervicale

Collo (laringe, parotide, sottomandibolare)

Cranio (Encefalo)

Densitometria Vertebrale TAC

Dentale (1 arcata)

Dentale (2 arcate)

Dorsale

Ginocchio

Gomito

Lombare o lombo-sacrale

Massiccio facciale (etmoide e seni frontali)

Muscolare

Orbite

Polso

Rino - oro - faringe

Segmento Arto

Spalla

Total Body

Temporale

Torace

PET (Tomografia ad emissione di positroni)

PET Total Body

ALLEGATO C - TABELLA NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

Tabella dei punteggi per l'accertamento dello stato di non autosufficienza

LAVARSI

1° grado Punteggio 0	l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo
2° grado Punteggio 5	l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e/o dalla doccia
3° grado Punteggio 10	l'Assistito necessita di assistenza per entrare e/o uscire dalla vasca da bagno e/o dalla doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno e/o la doccia

VESTIRSI E SVESTIRSI

1° grado Punteggio 0	l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo
2° grado Punteggio 5	l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo
3° grado Punteggio 10	l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore che per la parte inferiore del corpo

IGIENE PERSONALE

1° grado Punteggio 0	l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno
2° grado Punteggio 5	l'Assistito necessita di assistenza per 2 dei suindicati gruppi di attività
3° grado Punteggio 10	l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività

MOBILITÀ

1° grado Punteggio 0	l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi
2° grado Punteggio 5	l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici, come ad esempio la sedia a rotelle e le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto
3° grado Punteggio 10	l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi

CONTINENZA

1° grado Punteggio 0	l'Assistito è completamente continente
2° grado Punteggio 5	l'Assistito presenza incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno
3° grado Punteggio 10	l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come pannoloni, catetere o colostomia

ALIMENTAZIONE

1° grado Punteggio 0	l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti
2° grado Punteggio 5	l'Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività: - sminuzzare/tagliare i cibi - sbucciare la frutta - aprire contenitore/una scatola - versare bevande nel bicchiere
3° grado Punteggio 10	l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale