NUOVO PIANO ASSISTENZA SANITARIA GRUPPO FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

Per i dipendenti di:

FERROVIE DELLO STATO ITALIANE S.p.A.
TRENITALIA S.p.A.
RETE FERROVIARIA ITALIANA S.p.A.
ITALFERR S.p.A.
FERSERVIZI S.p.A.
FS SISTEMI URBANI S.r.l.
ITALCERTIFER S.p.A.
MERCITALIA RAIL S.r.l
MERCITALIA LOGISTICS S.p.A.
MERCITALIA TRANSPORT & SERVICES.
TERMINALI ITALIA S.r.l
FERCREDIT SERVIZI FINANZIARI S.p.A.
ATAF GESTIONI S.r.l.

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo;
in nessun caso può sostituire la convenzione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.
La convenzione resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

RBM AssicurazioneSalute

FERROVIE DELLO STATO ITALIANE

INTRODUZIONE:

Il Gruppo FS Italiane riconosce il welfare aziendale come strumento capace di migliorare il benessere e la motivazione dei lavoratori, facilitando il bilanciamento dei tempi di vita e di lavoro. In particolare, l'art. 22 punto 3 del Contratto Aziendale del Gruppo FS Italiane del 16.12.2016 conferma, tra le misure di welfare aziendale, l'assicurazione di tutto il personale dipendente ad una forma di assistenza sanitaria integrativa a fronte di un contributo aziendale per ciascun lavoratore. Tale contributo aziendale, dal 1 luglio 2017, sarà pari a € 100,00 annue per ciascun lavoratore.
Tale misura è destinata, nello specifico, alla totalità dei dipendenti delle seguenti Società:

Ferrovie dello Stato Italiane S.p.A.,

RFI S.p.A., Trenitalia S.p.A., Ferservizi S.p.A., Italferr S.p.A., FS Sistemi Urbani S.r.l., Italcertifer S.p.A., Mercitalia Rail S.r.l., Mercitalia Logistics S.p.A., Mercitalia Transport & Services., Terminali Italia S.r.l., Fercredit Servizi Finanziari S.p.A..

IL GESTORE DEL PIANO SANITARIO

1. Informazioni generali

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.) ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Victor Hugo, 4, 20123 Milano recapito telefonico 02-91431789 ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 0422 062700, sito internet: www.rbmsalute.it , indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa[1]
Dati patrimoniali al 31 dicembre 2016

Patrimonio netto: € 83.622.481,00
di cui - capitale sociale: € 60.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali: € 8.231.497,00
Indice di solvibilità[1]: 187%

[1] I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente
a seguito dell'approvazione del bilancio della Compagnia. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it
- informazioni societarie
[1] L'indice di solvibilità rappresenta rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

NUOVO PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA

A partire dal 1° luglio 2017 sarà attivo un Nuovo Piano di Assistenza Sanitaria con un nuovo fornitore: RBM Salute.

Il Nuovo Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa garantisce le prestazioni minime incluse nei seguenti tre Pacchetti di assicurazione/assistenza:

- Pacchetto Base, garantito a tutti gli Assistiti a fronte del contributo aziendale;
- Pacchetti Aggiuntivi Silver e Gold, garantiti esclusivamente agli Assistiti che ne facciano espressamente richiesta e a fronte di un ulteriore contributo a carico dell'Assistito stesso.

Il dettaglio delle prestazioni incluse in ogni Pacchetto è illustrato nelle relative brochure informative.

L'estensione del Pacchetto Base al nucleo familiare del dipendente avviene su base meramente facoltativa a fronte di un contributo, a carico del dipendente, pari a € 200,00.
L'adesione ai Pacchetti Aggiuntivi Silver e Gold avviene anch'essa su base meramente facoltativa a fronte dei contributi a carico del dipendente indicati nella tabella successiva e diversificati a seconda che l'Assistito voglia garantire la copertura esclusivamente per se stesso o per se stesso e il proprio nucleo.

	Adesione del Dipendente	Adesione del nucleo familiare (incluso il dipendente)
Pacchetto Aggiuntivo Silver	**€ 200,00**	**€ 400,00**
Pacchetto Aggiuntivo Gold	**€ 400,00**	**€ 800,00**

L'adesione ai Pacchetti Aggiuntivi Silver e Gold da parte del dipendente in servizio alla data di decorrenza della presente copertura sanitaria, come pure per il Nucleo Familiare dello stesso, dovrà essere effettuata entro 75 giorni (dal 1 luglio al15 settembre) di ogni singola annualità assicurativa con effetto delle garanzie a far data dalla decorrenza medesima (1 luglio).
Nel caso di assunzione di nuovo personale dipendente o di variazione della composizione del nucleo familiare per matrimonio o nuove nascita, la comunicazione relativa all'estensione del pacchetto base ai familiari o l'adesione ai Pacchetti aggiuntivi dovrà essere effettuata entro 30 giorni dalla data di assunzione o dalla data della variazione con effetto delle garanzie a far data dalla data di assunzione o variazione stessa.
Nel caso in cui il Dipendente avesse già esteso la copertura al nucleo familiare per il

Pacchetto Base e/o ai Pacchetti aggiuntivi, la comunicazione della variazione della composizione del nucleo familiare dovrà essere effettuata entro 30 giorni con effetto delle garanzie a far data dalla data di variazione stessa
L'importo dei premi per i Pacchetti Aggiuntivi o per la sola estensione del Pacchetto Base al nucleo familiare verrà calcolato nella misura del 100% del premio annuo qualora l'adesione sia intervenuta entro il primo semestre di vigenza del presente contratto o, diversamente, nella misura del 60% del premio annuo qualora l'adesione sia intervenuta nel secondo semestre di vigenza del presente contratto.
Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente, l'operatività dell'estensione del Pacchetto Base ai familiari e/o l'estensione ai Pacchetti aggiuntivi per il dipendente e/o per i familiari, verrà mantenuta sino al termine del trimestre in cui cade la data di cessazione del rapporto di lavoro, così come previsto per la copertura Base del singolo dipendente.
Il pagamento dei premi per i Pacchetti Aggiuntivi e per l'estensione del Pacchetto Base al nucleo familiare potrà essere effettuato dall'Assistito anche utilizzando il Premio di Risultato riconosciutogli dall'Associato.

In successive comunicazioni, verranno fornite informazioni sulle modalità di acquisito dell'estensione del Pacchetto Base ai familiari e dell'estensione ai Pacchetti aggiuntivi per il dipendente e/o per i familiari.

Il Piano offerto comprende anche l'erogazione delle prestazioni rese necessarie in conseguenza di infortuni e/o malattie e/o malattie croniche e recidivanti che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento dell'Assistito nel Piano stesso.
Tale condizione non si applica per il sostegno al reddito riservato agli addetti a mansioni comunque connesse con attività di sicurezza della circolazione dei treni e dell'esercizio ferroviario che, a decorrere dal 1 luglio 2017, siano stati riconosciuti inidonei in via definitiva dalla Direzione Sanitaria di RFI S.p.A.
Le prestazioni oggetto della presente Convenzione confluiranno all'interno di Cassa RBM Salute – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009. Le relative spese di adesione alla Cassa di Assistenza dovranno essere ricomprese nei premi pattuiti.

Per ottenere le prestazioni di cui si necessita, l'Assistito potrà rivolgersi, secondo le modalità descritte nella Guida a:

- strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con l'Aggiudicatario;
- strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con l'Aggiudicatario;
- Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

PACCHETTO BASE

Prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per:

- grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio;
- ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio;
- diagnostica e terapie di alta specializzazione;

- rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale;
- odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro; cure dentarie da infortunio e
- prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia;
- diagnosi comparativa;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza; prestazioni diagnostiche e terapeutiche
- nel primo anno di vita del figlio/a;
- sostegno al reddito per il personale inidoneo;
- visite specialistiche.

PACCHETTO AGGIUNTIVO SILVER

Prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per:

- Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici
- Fecondazione eterologa
- Controllo Pediatrico
- Cure termali minori
- Visite di controllo
- Vaccinazione Antinfluenzale
- Immunonutrizione
- Monitoraggio Remoto del paziente (RPM Services)
- Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)
- Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente
- Cellule staminali per patologie oncologiche
- Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso)
- Servizio di guardia medica permanente
- Second Opinion internazionale
- Servizio Prenotazione taxi
- Gestione dell'appuntamento
- Indennità di maternità o paternità
- Servizio di Tutoring

PACCHETTO AGGIUNTIVO GOLD

Prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per:

- tutte le prestazioni previste nel Pacchetto Aggiuntivo Silver;
- fisioterapia da infortunio o patologie particolari;
- riabilitazione logopedica;
- programma di prevenzione diagnostica.
- Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di assistiti)
- Pacchetto parto
- Prevenzione Meningococco A, C, W e Y
- Prevenzione Herpes Zoster
- Prevenzione posturale (visita fisiatrica con valutazione posturologica)
- Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni)
- Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro

- superiore ai 180 giorni
- Stati di Non Autosufficienza Temporanea
- Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medicosanitari
- a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- Consegna esiti al domicilio
- Invio Medicinali al Domicilio
- Collaboratore familiare
- Spesa a domicilio

Coperture all'estero

In caso l'Assistito si trovi all'estero, l'Aggiudicatario dovrà erogare i seguenti servizi e prestazioni:

- pagamento del viaggio di un familiare all'estero;
- invio di medicinali urgenti all'estero;
- rimpatrio sanitario.

Viaggio di un familiare all'estero

In caso di ricovero dell'Assistito in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni a seguito di malattia o di infortunio, pagamento di un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per un familiare residente in Italia e copertura delle spese di soggiorno nel limite massimo di € 150,00 per evento.

Invio di medicinali urgenti all'estero

In caso di malattia o di infortunio, invio di medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia). Si precisa che rimane a carico dell'Assistito il costo di acquisto dei medicinali

Rimpatrio sanitario

In caso di malattia o di infortunio, organizzazione e pagamento del trasporto dell'assistito in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza inclusa, se necessaria, l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio.
Il servizio sarà erogato qualora le condizioni di salute dell'Assistito accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, lo rendano necessario.
I mezzi per il trasferimento saranno quelli che i medici della Centrale Operativa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assistito tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;

- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei andrà effettuato esclusivamente su aerei di linea, classe economica.
La prestazione non verrà fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'assistito di proseguire il viaggio.

NUOVO PIANO ASSISTENZA SANITARIA

PACCHETTO BASE

ALLEGATO 4 – Schede riassuntive

OPZIONE BASE

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grandi interventi chirurgici (allegato 1) Massimale Condizioni: - Assistenza diretta	**€ 450.000,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	Franchigia € 1.500,00
- Assistenza mista	Struttura: Nessuno scoperto e/o franchigia Equipe: franchigia € 1.500,00
retta di degenza accompagnamento assistenza infermieristica	massimo € 250,00 per ogni notte di ricovero – nessuna franchigia € 50,00 per notte - massimo di 30 notti – nessuna franchigia € 50,00 al giorno - massimo di 30 giorni – nessuna franchigia
Pre/post	massimo € 2.000,00 anno/persona
Ospedalizzazione Domiciliare Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	massimo 120 giorni successivi alla data di dimissioni) **€10.000,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia Scoperto 20%
Diaria	**€ 60,00 -** massimo 30 giorni per evento)
Ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia (allegato 2) - Assistenza diretta - Assistenza indiretta / SSN	Massimale **€ 10.000,00 anno/persona** Scoperto 10% indennizzo forfettario di € 2.000,00 per evento
- Mista	Struttura: Scoperto 10% Equipe: indennizzo forfettario di € 2.000,00 per evento
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Diagnostica e terapie di alta specializzazione Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	**€ 450.000,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia franchigia € 25,00
Rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale Massimale Condizioni:	**€ 300,00 anno/persona** nessuno scoperto / franchigia
Odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro	una visita specialistica odontoiatrica all'anno; due sedute all'anno di ablazione del tartaro
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	€ 100,00 annui in caso di specialistica odontoiatrica; € 100,00 per seduta in caso di ablazione del tartaro

Odontoiatria: cure dentarie da infortunio Massimale - Assistenza diretta / ticket - Assistenza indiretta	 **€ 300,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia Non prevista
Assistenza infermieristica domiciliare	Limite € 25,00 al giorno – massimo 60 giorni anno / persona
Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	Elenco specifico **€ 3.000,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia Scoperto 10%
Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **€ 300,00 anno/figlio** Nessuno scoperto e/o franchigia Limite € 100,00 per evento
Sostegno al reddito per il personale inidoneo (Solo per assistiti addetti a mansioni connesse con attività di sicurezza della circolazione dei treni e dell'esercizio ferroviario) Condizioni:	Elenco specifico patologie € 6.000,00 una tantum
Visite specialistiche Massimale - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	Una visita annua **€ 100,00 anno/persona** Nessuno scoperto e/o franchigia Franchigia € 30,00 per evento
Well-Being Digitale **Misuratore BMI**	
Bilancia Wireless	Solo per Assistiti con sindrome metabolica conclamata
Servizio "doctor on line®" **Pillole di Salute** **Accesso al Network a tariffe agevolate**	
Viaggio di un familiare all'estero Massimale	 **€ 150,00 per evento**
Invio di medicinali urgenti all'estero **Rimpatrio sanitario**	

Il Pacchetto Base garantisce le seguenti prestazioni:

- grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio;
- ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio;
- diagnostica e terapie di alta specializzazione;
- rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale;
- odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro; cure dentarie da infortunio e
- prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia;
- diagnosi comparativa;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza; prestazioni diagnostiche e
- terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a;
- sostegno al reddito per il personale inidoneo;
- visite specialistiche.

1.1 Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio
A fronte di grandi interventi chirurgici specificati nell'Allegato 1 che si siano resi necessari a seguito di malattia o infortunio, pagamento delle spese sostenute spese per:

- retta di degenza;
- accompagnamento;
- assistenza infermieristica;
- visite specialistiche e diagnostica intraricovero;
- sala operatoria (anche onorari per chirurgo ed intera equipe medica);
- medicinali;
- materiali e protesi.

In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse fino ad un massimo di € 450.000,00 per evento.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 450.000,00 ad evento con un valore non indennizzabile di massimo € 1.500,00 che resta a carico dell'Assistito.
Non concorrono al raggiungimento del valore non indennizzabile la retta di degenza, l'accompagnamento e l'assistenza infermieristica che verranno rimborsate all'Assistito nel rispetto dei seguenti massimali:

- retta di degenza: massimo € 250,00 per ogni notte di ricovero;
- accompagnamento: € 50,00 per notte per un massimo di 30 notti;
- assistenza infermieristica: € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni;

Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 450.000,00 per persona.

1.2 Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: pre e post-ricovero
A fronte di grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio, rimborso delle spese di pre e post-ricovero per un valore massimo annuo di € 2.000,00 per persona.
Si considerano incluse nelle spese di pre-ricovero le spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del

ricovero, purché resi necessari dalla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero.
Si considerano incluse nelle spese di post-ricovero le spese sostenute per esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

1.3 Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: ospedalizzazione domiciliare
A seguito di ricovero per grandi interventi chirurgici, copertura per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica per un periodo massimo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni.
In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80%.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 10.000,00 per persona.

1.4 Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: diaria sostitutiva
A fronte di grandi interventi chirurgici, pagamento di un'indennità di € 60,00 per ogni giorno di ricovero e per un periodo non superiore a 30 giorni per evento. Tale indennità dovrà essere corrisposta all'Assistito solo qualora egli non richieda alcun rimborso o erogazione né per altra prestazione ad esso connessa (ad esclusione delle spese di pre e post ricovero).

1.5 Ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia
Pagamento di un indennizzo forfettario a seguito di ricovero in Istituto di Cura per gli interventi chirurgici specificati nell'Allegato 2 che si siano resi necessari a seguito di infortunio o di malattia. L'indennizzo viene corrisposto anche in caso di utilizzo del SSN.
In caso di Assistenza Diretta le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'90%.
In caso di Assistenza Indiretta e di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale viene corrisposto dall'Aggiudicatario un indennizzo forfettario di € 2.000,00 per evento.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 10.000,00 per persona.

1.6 Diagnostica e terapie di alta specializzazione
Pagamento delle spese per le seguenti prestazioni conseguenti a malattia o infortunio:

- tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale);
- medicina nucleare (Scintigrafia);
- angiografia;
- tomografia (stratigrafia) di organi o apparati;
- radiologia tradizionale (solo con contrasto);
- chemioterapia ambulatoriale;
- radioterapia ambulatoriale;
- diagnostica neurologica (EEG e /o EMG);
- qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica.

In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 25 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatari è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata
Per le prestazioni di diagnostica e terapie di alta specializzazione opera un limite di spesa annuo di € 450.000,00 per persona.

1.7 Rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale
Rimborso integrale dei ticket del Servizio Sanitario Nazionale per prestazioni conseguenti a malattia o a infortunio a carico dell'assistito. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assistito alleghi alla copia del Ticket sanitario, la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 300,00 per persona

1.8 Odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro
Pagamento di:

- una visita specialistica odontoiatrica all'anno;
- due sedute all'anno di ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di:
€ 100,00 annui in caso di specialistica odontoiatrica;
€ 100,00 per seduta in caso di ablazione del tartaro.

1.9 Odontoiatria: cure dentarie da infortunio
Liquidazione delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio.
Per ottenere il rimborso è necessario che l'assistito alleghi alla fattura la copia del certificato di Pronto Soccorso
In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale vengono rimborsati dall'Aggiudicatario integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assistito.
Non è previsto il ricorso alla procedura di Assistenza Indiretta.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 300,00 per persona.

1.10 Odontoiatria: prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia
RBM Salute mette a disposizione degli assistiti del Gruppo Ferrovie il servizio di accesso a tariffe agevolate concordate con i centri odontoiatrici e odontoiatri convenzionati – per tutte le prestazioni odontoiatriche, effettuate anche a seguito di malattia.
Ad ogni assistito sarà assegnata una Card elettronica nominativa, scaricabile attraverso la

APP Mobile RBM Salute o attraverso l'area riservata.

1.11 Diagnosi comparativa
Messa a disposizione da parte dell'Aggiudicatario della possibilità per gli Assistiti di utilizzare le tariffe mediche scontate – concordate con i centri convenzionati – per avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico.
Tale servizio deve essere fornito per le seguenti patologie:

- AIDS;
- morbo di Alzheimer;
- perdita della vista;
- cancro;
- coma;
- malattie cardiovascolari;
- perdita dell'udito;
- insufficienza renale;
- perdita della parola;
- trapianto di organo;
- patologia neuro motoria;
- sclerosi multipla;
- paralisi;
- morbo di Parkinson;
- infarto;
- ictus;
- ustioni gravi.

1.12 Assistenza infermieristica domiciliare
Rimborso delle spese di assistenza infermieristica domiciliare nel limite di € 25,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per anno di copertura e per persona.

1.13 Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza
Pagamento delle spese sostenute per le seguenti indagini e prestazioni effettuate dall'Assistita durante lo stato di gravidanza:

- amniocentesi (cariotipo su liquido amniotico compreso prelievo);
- anticorpi antifosfolipidici (ricerca);
- cardiotocografia (monitoraggio fetale);
- cariotipo su aborto;
- cariotipo su sangue periferico (mappa cromosomica);
- cromatina sessuale;
- ecocardiografia fetale (non ripetibile nel corso della gravidanza);
- ecocolordoppler fetale;
- ecografia fetale (massimo 4 per l'intero ciclo di gravidanza);
- ecografia morfologica (non ripetibile nel corso della gravidanza);
- estradiolo (E2 o 17 Beta);
- estriolo plasmatico;
- estriolo urinario;
- estrone;
- FISH amniociti in interfase 2 sonde;
- FISH amniociti in interfase 4 sonde;
- FISH con altre sonde;
- flussimetria + ecografia;
- gonadotropina corionica (HCG) urinaria;

- gonadotropina corionica: subunità beta - frazione libera IRMA;
- gonadotropina corionica: subunità beta plasmatici (BHCG plasmatica);
- preparazione psicofisica al parto - ciclo completo;
- puntura epidurale nel parto;
- ricerca DNA fetale nel sangue materno;
- translucenza nucale - ultrascreen;
- tri-test (esclusa ecografia);
- villocentesi (cariotipo su villi coriali compreso prelievo bioptico);
- assistenza dell'ostetrica omnicomprensiva di tutte le prestazioni in gravidanza e puerperio;
- visite ginecologiche/ostetriche effettuate da medico specialista in Ginecologia e Ostetricia (fino ad un massimo di 6 per l'intero periodo di gravidanza).

In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistita vengono liquidate a seguito di presentazione del certificato medico comprovante l'attuale stato di gravidanza direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistita.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 90% per ogni prestazione. Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistita presenti il certificato medico comprovante l'attuale stato di gravidanza unitamente al documento di spesa attestante l'effettuazione delle indagini, il dettaglio delle prestazioni fruite e l'importo pagato.
In ogni caso non è necessario che l'Assistita presenti la prescrizione medica relativa alle prestazioni effettuate.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 3.000,00 per persona.

1.14 Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a
Liquidazione delle spese sostenute per le visite specialistiche pediatriche o altre visite specialistiche diagnostiche e terapeutiche sostenute nel primo anno di vita del figlio/a dell'Assistito.
In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate al figlio/a dell'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate all'Assistito nel limite di € 100,00 per evento.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 300,00 per figlio/a.

1.15 Sostegno al reddito per il personale inidoneo
Corrispondenza di una somma una tantum di € 6.000,00 ad ogni Assistito che, a seguito di infortunio sul lavoro, malattia professionale o grave patologia (rientrante tra quelle nell'elenco riportato più avanti) che abbia comportato un'inabilità permanente totale specifica a svolgere le proprie occupazioni professionali e di conseguenza l'abbandono delle mansioni per cui era stato assunto o successivamente adibito, sia riconosciuto inidoneo in via definitiva.
Tale indennità dovrà essere corrisposta esclusivamente agli Assistiti addetti a mansioni comunque connesse con attività di sicurezza della circolazione dei treni e dell'esercizio ferroviario che, a decorrere dal 1 luglio 2017, siano stati riconosciuti inidonei in via definitiva dalla Direzione Sanitaria di RFI S.p.A. e per i quali l'infortunio sul lavoro, la malattia professionale o la grave patologia sia riconosciuta come causa principale e prevalente dello stato di inidoneità (cioè come causa che, di per sé, determina il giudizio di

inidoneità).
In particolare, sono considerate gravi patologie:
le patologie indicate all'art. 31, punto 8 del C.C.N.L. Mobilità/Area Contrattuale Attività Ferroviarie, ovvero:
- malattie oncologiche;
- sclerosi multipla;
- distrofia muscolare;
- morbo di Cooley.

le patologie indicate dal Decreto Ministeriale del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2 agosto 2007 (Pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 27 settembre 2007, 225), ovvero:
a) insufficienza cardiaca in IV classe NHYA refrattaria a terapia;
b) insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica;
c) perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile;
d) perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide;
e) menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci b) e/o d) e/o h;
f) epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologica e/o chirurgica;
g) patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati;
h) patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto d). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento;
i) patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e dalla vita di relazione;
j) deficit totale della visione;
k) deficit totale dell'udito congenito.
Per ottenere l'indennità, l'Assistito dovrà presentare specifica domanda all'Aggiudicatario corredata della documentazione sanitaria rilasciata dalla Direzione Sanità di RFI S.p.A. e da altri soggetti istituzionalmente deputati all'accertamento della malattia professionale, infortunio sul lavoro o grave patologia.
È data facoltà all'Aggiudicatario di effettuare ulteriori verifiche per confermare la causa prevalente che ha determinato lo status di inidoneità definitiva.

1.16 Visite specialistiche
Liquidazione delle spese sostenute per una visita specialistica annua conseguente a malattia o ad infortunio per Assistito.
Si considerano escluse le visite pediatriche, le visite specialistiche odontoiatriche ed ortodontiche.
In caso di Assistenza Diretta la prestazione erogata all'Assistito viene liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di Assistenza Indiretta la spesa sostenuta viene rimborsate con una franchigia di € 30,00.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di **€** 100,00 per persona.

ALLEGATO 1 - Elenco grandi interventi chirurgici

Si intendono "Grandi interventi chirurgici" ricompresi nel Piano offerto i seguenti, divisi per aree anatomiche:
Cranio e sistema nervoso centrale e periferico – neurochirurgia:

- anastomosi vasi intra-extracranici
- asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre
- condizioni patologiche
- approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- biopsia cerebrale per via stereotassica
- cranioplastiche
- craniotomia per ematoma intercerebrale
- craniotomia per ascesso cerebrale
- craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla copertura
- craniotomia per neoplasie
- derivazione ventricolare interna ed esterna
- derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- emisferectomia
- endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo interventi chirurgici per neoplasie dei
- nervi periferici
- interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta
- interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e
- altre affezioni meningomidollari
- interventi per epilessia focale
- interventi per tumori della base cranica per via trans orale
- interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- laminectomia per tumori intra-durali extramidollari
- laminectomia per tumori intra-midollari del collo
- laminectomia decompressiva ed esplorativa
- malformazioni anuerismatiche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi)
- neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- operazioni per encefalo meningocele
- psicochirurgia
- surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- talamotomia, pallitomia ed altri interventi similari

- terapia chirurgica delle fistole arterovenose:
  a) aggressione diretta;
  b) legatura vaso-afferente intra-cranico;
  c) legatura vaso-afferente extra-cranico
- trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari

- trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla copertura
- microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- vagotomia per via toracica

Faccia / bocca / chirurgia maxillo – facciale:

- asportazione della parotide per neoplasie maligne
- condilectomia monolaterale e bilaterale con condilo plastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- correzione di naso a sella
- demolizione dell'osso frontale
- demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- fratture dei mascellari superiori-trattamento chirurgico ed ortopedico
- fratture del condilo e della apofisi coronoide mandibolare-trattamento chirurgico ed ortopedico
- terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo
- interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- paratodictomia con conservazione del facciale
- plastica per paralisi del nervo facciale
- resezione mascellare superiore
- resezione del massiccio facciale e per neodeformazioni maligne
- resezione della mandibola per neoplasia
- riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico

Collo:

- asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
- interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- svuotamento ghiandolare bilaterale
- svuotamento ghiandolare laterocervicale bilaterale
- tiroidectomia per neoplasie maligne
- resezioni e plastiche tracheali
- faringo-laringo-esofagectomia con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

Esofago:

- collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica
- deconnessioni azygos portali per via addominale e/o trans toracica per varici esofagee

- esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- interventi per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- interventi nell'esofagite, nell'ulceraesofagea e nell'ulcera peptica postoperatoria
- interventi per diverticolo dell'esofago
- legatura di varici esofagee
- mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico
- miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica
- operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali
- resezione dell'esofago cervicale
- resezione totale esofagea con esofago-plastica in un tempo
- resezione di diverticoli dell'esofago toracico
- esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toracolaparotomica o
- toraco-laparocervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- esofagectomia per via toracoscopica interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago

- enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica

Torace:

- asportazione del timo
- asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
- asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare
- asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- decorticazione polmonare
- exeresi per tumori delle coste o dello sterno interventi per fistole bronchiali cutanee
- interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- interventi sul mediastino per tumori
- mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- mastectomia radicale con dissezione ascellare
- pleuro pneumectomia
- pneumectomia
- pneumolisi a cielo aperto
- pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco
- resezione bronchiale, con reimpianto
- resezione segmentarie e lobectomia
- toracoplastica parziale e totale
- toracotomia esplorativa
- timectomia per via toracica o toracoscopica
- lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- pleurectomie e pleuropneumonectomie
- lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- resezioni bronchiali con reimpianto
- trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- toracoplastica: I e II tempo

Chirurgia cardiaca:

- asportazione dei tumori endocavitari del cuore
- ablazione trans catetere
- angioplastica coronarica
- by-pass aorto-coronarico con vena
- by-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- commisurotomia
- impianto di arteria mammaria secondo vineberg singolo e doppio
- impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardiaca
- infartectomia in fase acuta
- interventi a cuore aperto
- interventi a cuore chiuso
- interventi per corpi estranei nel cuore o tumori cardiaci
- interventi per malformazioni nel cuore e nei grossi vasi endotoracici
- intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi
- operazione per embolia dell'arteria polmonare
- pericardiectomia
- resezione aneurisma del ventricolo sinistro
- resezione cardiaca
- sostituzione valvolare con protesi
- sutura del cuore per ferite
- valvuloplastica

Stomaco e duodeno:

- cardiomotomia extramucosa
- esofago-cardioplastica
- gastroectomia totale
- gastroectomia totale per via toraco-laparotomica
- gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- interventi di reconversione per dumping syndrome
- intervento per mega esofago
- intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- piloroplastica + vagotomia
- reintervento per mega esofago
- resezione gastrica
- resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post - anastomotica
- sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche

Peritorneo e intestino:

- intervento di esportazione di tumori retro peritoneali
- colectomia segmentaria
- colectomia totale
- emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- enteroanastomosi
- exeresi di tumori retroperitonali
- laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino - resezione intestinale
- occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale
- resezione del tenue

- resezione ileo-cecale
- resezione intestinale
- resezione intestinale per via laparoscopica - sutura della lesione

Colon - Retto e Ano:

- amputazione del retto per via addomino-perineale (in più tempi)
- amputazione del retto per via addomino-perineale (in un tempo)
- amputazione del retto per via addomino-perineale
- amputazione del retto per via perianale
- amputazione del retto per via sacrale
- operazione per mega colon
- resezione anteriore del retto
- emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- amputazione del retto per via addomino-perineale
- microchirurgia endoscopica trans anale
- ricostruzione sfinteriale con gracile plastica

Fegato e vie biliari:

- anastomosi bilio-digestive
- colecistectomia
- drenaggio biliodigestivo intraepatico
- epatico e coledocotomia
- epatico-digiuno-duodenostomia
- epatotomia semplice per cisti da echinococco
- interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- intervento di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- papillotomia per via trans-duodenale
- resezione epatica
- resezioni epatiche maggiori e minori
- resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraopcratoria
- anastomosi buio-digestive
- reinterventi sulle vie biliari
- chirurgia del ripertensione portale:
- interventi di derivazione
- anastomosi porto-cava
- anastomosi spieno-renale
- anastomosi mesenterico-cava
- interventi di devascolarizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

Pancreas e milza / surrenale:

- anastomosi mesenterica-cava

- anastomosi porta-cava e spleno-renale
- deconnessione azygos-portale
- duodecocefalo - pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas
- interventi demolitivi del pancreas:

a) totale o della testa
b) della coda
interventi di necrosi acuta del pancreas
interventi per cisti e pseudo cisti del pancreas:
a) enucleazione delle cisti
b) marsupializzazione
c) cistovisceroanastomosi

- interventi per fistole pancreatiche
- splenectomia
- derivazioni pancreato-wirsung digestive

Vasi:

- disostruzione by-pass aorta addominale
- interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici
- interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavia, tranco brachio-cefalico, iliache
- interventi per fistola aorto-enterica
- interventi per stenosi dell'arteria renale mesenterica superiore o celiaca
- interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima
- interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- interventi sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- interventi sulle arterie viscerali o renali
- interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici
- trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- resezione arteriosa con plastica vasale
- trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- trattamento dell'elefantiasi degli arti

Ortopedia e traumatologia:

- artrodesi grandi segmenti
- artrodesi vertebrale per via anteriore
- artoprotesi di anca
- artoprotesi di ginocchio
- artroprotesi di spalla
- artoprotesi di gomito
- disarticolazione interscapolo toracica
- emipelvectomia
- osteosintesi vertebrale
- protesi di femore
- protesi di ginocchio
- protesi di polso
- protesi di spalla e gomito

- protesi di Thompson
- ricostruzione - osteosintesi frattura emibacino
- riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- trattamento cruento dei tumori ossei
- vertebrotomia

Urologia:

- cistectomia totale
- cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- derivazione urinaria con interposizione intestinale
- enterocistoplastica di allargamento
- estrofia vescicale e derivazione
- fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- ileocistoplatica-colecistoplastica
- litotrissia extracorporea intervento per estrofia della vescica
- intervento per fistola vescico - intestinale intervento per fistola vescico - rettale
- nefrectomia allargata
- nefrectomia polare
- nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- nefroureterectomia
- nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- nefrolitotrissia percutanea (PVL)
- orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- plastiche per incontinenza femminile
- prostatectomia radicale con linfadenectomia
- resezione renale con clampaggio vascolare
- resezine uretrale e uretrorrafia
- surrenalectomia
- uretero-ileo-anastomosi (o collo bilaterale totale)
- amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

Apparato genitale:

- creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- cura chirurgica di fistola ureterale
- cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- eviscerazione pelvica
- exenteratio pelvica interventi sulle tube in microchirurgia
- intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- isterectomia per via vaginale
- isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia
- isterectomia per via laparoscopica
- isterectomia totale con annessiectomia per laparotomica
- isterectomia totale per via laparatomica
- laparotomia per ferite o rotture uterine
- metroplastica
- orchiectomia allargata per tumore
- orchiectomia per tumore

- orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia
- pannisterectomia radicale per via addominale
- pannisterectomia radicale per via vaginale
- vulvectomia allargata e totale
- vulvectomia allargata con linfadenectomia

Oculistica:

- estrazione di corpo estraneo endo-bulbare non calamitabile
- iridocicloretrazione
- trabeculoctomia
- vitrectomia anteriore e posteriore
- trapianto corneale a tutto spessore
- cerchiaggio per distacco di retina

Otorinolaringoiatra:

- anastomosi e trapianti nervosi
- asportazione di tumori dell'orecchio medio
- asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- asportazione di tumori parafaringei
- asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- interventi per recupero funzionale del vii nervo cranico
- svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- chirurgia del sacco endolinfatico
- chirurgia della sindrome di meniere
- chirurgia della sordità otosclerotica
- chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- chirurgia endoauricolare della vertigine
- chirurgia trans labirintica della vertigine
- decompressione del nervo facciale
- decompressione del nervo facciale con innesto o rafia
- distruzione del labirinto
- exeresi di neurinoma dell'viii nervo cranico
- exeresi di paraganglioma timpano - giugulare
- exeresi fibrangioma rinofaringeo
- interventi per otosclerosi
- laringectomia sopraglottica o subtotale
- laringectomie parziali verticali
- laringectomia e faringolaringectomia totale
- neurinoma dell'ottavo paio
- neurectomia vestibolare
- parotidectomia con conservazione del facciale
- petrosectomia
- resezione del nervo petroso superficiale
- resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- ricostruzione della catena ossiculare
- sezione del nervo cocleare
- sezione del nervo vestibolare
- timpanoplastica

Laringe:

- faringolaringectomia
- interventi per paralisi degli abduttori
- laringectomia orizzontale sopra-glottica
- laringectomia parziale verticale
- laringectomia ricostruttiva
- laringectomia totale
- laringefaringoctomia
- tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc...)
- tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc...) con svuotamento latero-cervicale
- tumori parafaringei

Trapianti:

- trapianto organi degli apparati:

a) circolatorio
b) digerente
c) respiratorio
d) urinario
trapianto cornea
trapianti ossei

Si considerano "interventi di alta chirurgica" anche:
il trapianto e l'espianto di organi
il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione, anche in assenza di intervento chirurgico)
quelli riferiti alle patologie oncologiche maligne:
a) esofago, stomaco e duodeno (esclusa la via endoscopica)
b) cavo orale, faringe, laringe
c) pancreas, fegato, reni
d) inerenti la branca di neurochirurgia
e) tiroide
f) paratiroidi
g) resezione gastrica e/o gastrectomia totale o allargata
h) colectomia totale
i) ano e/o retto (esclusa la via endoscopica)
j) mammella (escluse le protesi)
k) polmone
l) chirurgia gastrointestinale per perforazioni.

ALLEGATO 2 - Elenco altri interventi chirurgici

Si intendono "Altri interventi chirurgici" ricompresi nel Piano di Assistenza Sanitaria Integrativa offerto i seguenti:

- decompressione del tunnel carpale
- tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
- circoncisione, età < 18 anni
- interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
- tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
- circoncisione, età > 17 anni
- interventi su ano e stoma senza CC
- miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
- biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne

- interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
- interventi per ernia, età < 18 anni
- interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
- interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
- interventi primari sull'iride
- interventi perianali e pilonidali
- dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
- aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
- altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
- interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
- occlusione endoscopica delle tube
- parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
- interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
- interventi sulla bocca senza CC
- artroscopia
- interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
- interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni
- miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
- interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
- altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
- interventi sulla bocca con CC
- interventi sui tessuti molli senza CC
- diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
- interventi sulla retina
- legatura e stripping di vene
- interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
- interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
- miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
- chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
- rinoplastica
- parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento
- interventi sul dotto tireoglosso
- interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
- dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per
- neoplasie maligne
- interventi su vagina, cervice e vulva
- interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC

- altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile
- mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
- interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
- interventi per via transuretrale senza CC
- interventi sul piede

- parto cesareo senza CC
- interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
- appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
- interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
- interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
- riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi
- biopsie del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo
- appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
- lisi di aderenze peritoneali senza CC
- prostatectomia transuretrale senza CC
- interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
- interventi su ano e stoma con CC
- altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola
- appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
- sialoadenectomia
- sbrigliamento di ferite per traumatismo
- altri interventi sull'apparato digerente senza CC
- interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
- laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
- interventi sul testicolo per neoplasia maligna
- interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
- interventi sulla mano per traumatismo
- mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
- interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
- linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
- sostituzione di pacemaker cardiaco
- interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
- colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
- interventi sulle paratiroidi
- altri interventi sugli organi emopoietici
- revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
- interventi sul pene
- interventi sull'uretra, età < 18 anni
- interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
- prostatectomia senza CC
- parto cesareo con CC
- altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
- interventi per via transuretrale con CC
- interventi minori sulla vescica senza CC
- interventi sulla tiroide
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC
- interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
- interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
- interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC

- prostatectomia transuretrale con CC
- altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
- altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo senza CC
- intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale
- trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
- interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
- altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
- interventi sull'orbita
- interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
- interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC

- altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
- prostatectomia con CC
- interventi sui tessuti molli con CC
- interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
- interventi minori sulla vescica con CC
- altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
- interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
- mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
- alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
- mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
- trapianti di pelle per traumatismo
- interventi vascolari extracranici senza CC
- interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
- escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC

- linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
- appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
- lisi di aderenze peritoneali con CC
- altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con
- interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
- interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
- interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
- interventi maggiori sul capo e sul collo
- trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
- interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
- altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
- altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
- splenectomia, età < 18 anni
- interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC

- alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
- interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
- amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
- altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
- amputazioni per malattie del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo
- interventi per obesità
- inserzione di stent carotideo
- altri interventi sull'apparato circolatorio
- intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale
- interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
- eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
- procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne
- interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
- interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne
- sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo scheletrico e tessuto connettivo
- interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi7
- interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
- altri interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC
- splenectomia, età > 17 anni
- interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
- altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
- interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC
- interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
- resezione rettale senza CC
- interventi sul surrene e sulla ipofisi
- interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
- ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC trauma significativo
- amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
- interventi di anastomosi ventricolare senza CC
- artrodesi vertebrale cervicale senza CC
- altri interventi epatobiliari o sul pancreas
- interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
- interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
- interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
- impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
- altri interventi sull'apparato digerente con CC
- intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale

- infezioni post operatorie o post traumatiche con intervento chirurgico
- altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
- colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
- interventi maggiori sul torace
- interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
- interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
- interventi vascolari extracranici con CC
- interventi sul midollo spinale senza CC
- interventi su rene e uretere per neoplasia
- sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori

NUOVO PIANO ASSISTENZA SANITARIA

PACCHETTO SILVER

OPZIONE SILVER

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici	
Massimale	**€ 4.000,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 20,00
Fecondazione eterologa	
Massimale	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona
Condizioni:	Nessuno scoperto e/o franchigia
Controllo Pediatrico	
Massimale • 1 visita di controllo tra i 6 mesi e 1 anno • 1 visita di controllo a 4 anno • 1 visita di controllo a 6 anni	**illimitato**
Condizioni:	
- Assistenza diretta	franchigia € 36,15
- Assistenza indiretta	Non prevista
Cure termali minori	
Massimale • Cure Inalatorie (una volta all'anno) • Cure Otorinolaringoiatriche:	**illimitato**
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Scoperto 50%
- Assistenza indiretta	Cure inalatorie: massimo rimborsabile € 35,00 per ciclo Cure Otorinolaringoiatrich: massimo rimborsabile € 45,00 per ciclo
Visite di controllo	
Massimale • 1 volta al mese per un solo componente del nucleo • 1 volta all'anno per specializzazione medica	**illimitato**
Condizioni:	
Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Nessuno scoperto / franchigia
Vaccinazione antinfluenzale	
Massimale	**illimitato**
Condizioni:	
Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Nessuno scoperto / franchigia
Immunonutrizione	3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico in base ai protocolli medici
Massimale	**illimitato**
Condizioni:	Nessuno scoperto / franchigia

Monitoraggio domiciliare Remoto del Paziente (RPM service) **Programma 1** La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo
Programma 2 La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo • cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch) • temperatura corporea (ingresso manualmente) • controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio) Invalidità con grado compreso tra 80% e 90% Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%	 **€ 8.000,00** solo in regime rimborsuale **€ 10.000,00** solo in regime rimborsuale
Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente Massimale	Solo in strutture sanitarie convenzionate del Network RBM Salute **€ 200,00** al mese – massimo 3 anni
Cellule staminali per patologie oncologiche Massimale Condizioni:	 Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona Nessuno scoperto e/o franchigia
Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso) **Servizio di guardia medica permanente** **Second Opinion internazionale** **Servizio Prenotazione taxi** **Gestione dell'appuntamento**	
Indennità di maternità o paternità	**€ 20,00** – massimo 90 giorni
Servizio di Tutoring	

2 Pacchetto Aggiuntivo Silver

2.1 Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

Liquidazione delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o ad infortunio.
Si considerano escluse le visite pediatriche, le visite specialistiche odontoiatriche ed ortodontiche.
In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate con un minimo non indennizzabile di € 20,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 4.000,00 per persona.

2.2. Fecondazione eterologa

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa, senza applicazione di franchigie o scoperti. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.
In caso di Assistenza Diretta il massimale previsto è di € 350,00 anno / persona.
In caso di Assistenza indiretta il massimale previsto è di € 250,00 anno / persona.

2.3. Controllo Pediatrico

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo familiare assicurato di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, da effettuarsi in Assistenza Diretta, alle seguenti condizioni:
a) 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi;
b) 1 visita ai 4 anni;
c) 1 visita ai 6 anni.
Il massimale è illimitato; per ciascuna prestazione è prevista una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad € 36,15.

2.4. Cure termali minori

La presente garanzia prevede il rimborso delle seguenti cure termali erogate agli assicurati minori di età:
*Cure Inalatorie (*una volta all'anno)

- Inalazione
- Aerosol orale o nasale
- Aerosol ionico o sonico
- Irrigazione nasale
- Doccia nasale micronizzata
- Nebulizzazione

Cure Otorinolaringoiatriche:

- Insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.
In caso di Assistenza Diretta le spese per le prestazioni erogate all'assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture convenzionate con l'applicazione di uno scoperto del 50% del costo del ciclo.
In caso di Assistenza indiretta le prestazioni per cure inalatorie verranno rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di € 35,00 per ciclo.
Le prestazioni per cure otorinolaringoiatriche verranno rimborsate dalla Società all'Assistito fino ad un massimo di € 45,00 per ciclo.

2.5. Visite di controllo
RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, 1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana (in base alla disponibilità della struttura, una visita specialistica in qualsiasi delle specializzazioni rese disponibili dai Centri Autorizzati aderenti all'iniziativa.
La prestazione è gratuita, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).
La prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.
La garanzia potrà essere usufruita, per ciascun mese, da un solo componente del nucleo familiare assicurato. Nel periodo di copertura non potrà essere effettuata più volte la stessa tipologia di visita per nucleo assicurato.

2.6. Vaccinazione Antinfluenzale
La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi in assistenza diretta presso i Centri Autorizzati del Network Convenzionato, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

2.7. Immunonutrizione
Nell'ambito della garanzia ricovero si intendono ricompresi anche i prodotti di immunonutrizione specifici nella misura di 3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico secondo lo stato nutrizionale del paziente, come da protocollo validato dagli studi clinici e raccomandato dall'OMS.
Nei pazienti in buono stato nutrizionale il protocollo prevede l'assunzione dell' immunonutrizione pre-operatoria di 3 somministrazioni al giorno per 5 giorni pre-operatori mentre nel paziente malnutrito la stessa posologia giornaliera, va estesa a 7 giorni prima dell'intervento chirurgico.
RBM Assicurazione Salute garantisce il servizio di reperimento a carico della Compagnia o presso le Strutture Sanitarie o presso la farmacia più vicina all'abitazione del paziente.
La presente garanzia è erogata dalla Società senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

2.8. Monitoraggio Remoto del paziente (RPM Services)
La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di 120 giorni (Programma 1).
Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore

- ossigeno (02) e saturazione del sangue
- peso corporeo

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).
Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (02) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambi i programmi prevedono:

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

2.9. Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)
La Compagnia garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente. Sono destinatari della garanzia i lavoratori assicurati che hanno maturato i requisiti soggettivi di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto durante il periodo della copertura sanitaria:
A) Invalidità derivante da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificata dall'INAIL, di grado uguale o superiore all' 80%;
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.
A fronte della sussistenza dei presupposti soggettivi di cui sopra, la Compagnia mette a disposizione degli Assistiti, una tantum, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:
a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%
1. Prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e/o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè finalizzate al monitoraggio della patologia medesima o all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. Prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè finalizzate all'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. Protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati e/o noleggiati (ad es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento,

etc)
4. Presidi finalizzati al supporto per deficit motori (es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, etc.)
5. Assistenza psicologica/psichiatrica
6. Personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. Dispositivi e accessori e/o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.
Il sub-massimale previsto è di € 8.000,00 solo in regime rimborsuale.
b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%
1. Le prestazioni di cui al precedente paragrafo a., da 1 a 7;
2. Opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
3. Rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
4. Rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale
In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso dovranno, comunque, essere effettuate al massimo entro i due anni successivi alla certificazione dell'invalidità.
Il sub-massimale previsto è di € 10.000,00 solo in regime rimborsuale.
Per entrambe le prestazioni di cui ai precedenti punti a) e b) può essere attivato il programma 2 della garanzia di cui all'art' 9.2.8 - Monitoraggio Remoto del paziente (RPM Services).
2.10. Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente
La presente copertura garantisce attraverso le strutture sanitarie convenzionate del Network RBM Salute l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute per un valore corrispondente al limite di spesa mensile garantito, sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.
Gli assicurati devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:
1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate: Lavarsi; Vestirsi e svestirsi; Andare al bagno e usarlo; Spostarsi; Continenza; Nutrirsi.
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in stato di non autosufficienza come di seguito definito, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a € 200,00 da corrispondersi per una durata massima di 3 anni.
Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana: lavarsi; vestirsi e svestirsi; andare al bagno e usarlo; spostarsi; continenza; nutrirsi.
Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento

ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.
L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti.

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA	
Lavarsi	**Punteggio**
1° grado - L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo	**0**
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	**5**
3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	**10**
Vestirsi e svestirsi	
1° grado - L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	**0**
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	**5**
3° grado - L'Assicurato necessita, sia per la parte superiore del corpo, sia per la parte inferiore del corpo, di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	**10**
Andare al bagno e usarlo	
1°grado - L'Assicurato 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 in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	**0**
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	**5**
3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	**10**
Spostarsi	
1° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	**0**
2° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	**5**
3° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	**10**

Lavarsi Punteggio
1° grado - L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo
0
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno
5

3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno
10
Vestirsi e svestirsi
1° grado - L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo
0
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi
5
3° grado - L'Assicurato necessita, sia per la parte superiore del corpo, sia per la parte inferiore del corpo, di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi
10
Andare al bagno e usarlo
1°grado - L'Assicurato 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 in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno
0
2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)
5
3° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)
10
Spostarsi
1° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale
anche con l'utilizzo di protesi
0
2° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore
5
3° grado - L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi
10
Continenza
1° grado - L'Assicurato è completamente continente 0
2° grado - L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno
5
3° grado - L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia
10
Nutrirsi
1° grado - L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti
0

2° grado - L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: sminuzzare/tagliare cibo, sbucciare la frutta, aprire un contenitore/una scatola, versare bevande nel bicchiere
5
3° grado - L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale
10

Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA
L'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come sopra definito dovrà contattare entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza la Compagnia e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del limite di spesa mensile garantito previsto e previa valutazione della Compagnia, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, come di seguito definite.
La Compagnia, intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Compagnia valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.
A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'amministratore di sostegno o il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre idonea documentazione. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, la Compagnia si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.
1) Nel caso in cui la Compagnia riconosca lo stato di non autosufficienza consolidato, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; Il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.
Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate la Compagnia, entro il limite di spesa mensile garantito, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse. All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Compagnia, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'amministratore di sostegno o tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI. Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto: Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare; Badante; Trattamenti fisioterapici e rieducativi; Visite specialistiche; Accertamenti diagnostici; Trasporto in Ambulanza; Prestazioni erogate in regime di ricovero.
La Compagnia procederà con la prenotazione e autorizzazione delle suddette prestazioni, esclusivamente in strutture convenzionate col network, non prevedendo il rimborso di

alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4). La Compagnia monitorerà costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle strutture convenzionate utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni. Qualora a seguito dell'esaurimento del limite di spesa mensile garantito, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle convenzionate col network, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
2) Nel caso in cui la Compagnia riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Compagnia provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate dalla Compagnia, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. La Compagnia provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle convenzionate col network utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1). La Compagnia si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso. Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, la Compagnia rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite della Compagnia, nei limiti dell'importo mensile garantito. Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.
3) Nel caso in cui la Compagnia non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato. Laddove il punteggio assegnato dalla Compagnia al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Compagnia
provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle convenzionate col network, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.
4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Compagnia provvederà a rimborsargli, nei limiti del limite di spesa mensile garantito, esclusivamente la retta mensile.
Riconoscimento dello stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Compagnia
Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza secondo le condizioni definite dà diritto

all'Assicurato che si trovi in stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti nelle forme di seguito indicate e di seguito dettagliate: a) erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato; b) rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA. In caso di erogazione delle prestazioni di cui al punto 1), avvalendosi quindi di strutture e/o di personale convenzionati col network, lo stesso provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto della badante da parte della Compagnia, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato. La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nella presente copertura, eccedenti la somma mensile garantita o non autorizzate dalla Compagnia.

2.11 Cellule staminali per patologie oncologiche
La presente garanzia prevede la copertura assicurativa presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese sostenute per l'utilizzo a scopo terapeutico di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche, senza applicazione di franchigie o scoperti.
Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.
In caso di Assistenza Diretta il massimale previsto è di € 350,00 anno / persona.
In caso di Assistenza Indiretta il massimale previsto è di € 250,00 anno / persona.

2.12. Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso)
Sono disponibili in favore dell'assistito tutti i giorni (365 giorni all'anno e h 24) i seguenti servizi di consulenza medica:
Informazione ed orientamento medico telefonico:
Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.
Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione:
Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più

approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.
Consulenza telefonica medico specialistica:
Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con cui può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2.13 Servizio di guardia medica permanente
Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

2.14 Second Opinion internazionale
Con riferimento alle seguenti patologie, l'assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali, nonché da parte di alcuni primari Centri di eccellenza internazionali:
Malattie Cardiovascolari, Malattie Cerebrovascolari (Ictus), Cecità, Sordità, Tumori Maligni, Insufficienza Renale, Trapianto di Organo, Sclerosi Multipla, Paralisi, Malattia di Alzheimer, Malattia di Parkinson, Gravi Ustioni, Coma.
L'assicurato contatterà la Centrale Operativa e fornirà la documentazione medica inerente la patologia in ordine alla quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.
La Centrale Operativa richiederà una seconda consulenza a specialisti che operano presso Centro Specialistici di eccellenza internazionale, che forniranno un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici dell'Avente diritto.

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

2.16 Gestione dell'appuntamento
Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata, richiedendo

un appuntamento alla Centrale Operativa e/o tramite app mobile e/o tramite portale web. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più

breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa.
L'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe favorevoli rispetto ai listini in vigore.

2.17 Indennità di maternità o paternità
La Compagnia garantisce, sia alle lavoratrici madri sia ai lavoratori padri che decidono di avvalersi dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità/paternità, decorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, un'indennità giornaliera di € 20,00 per la durata massima di 90 giorni complessivi per annualità assicurativa/persona.
Il diritto alla presente indennità si intende esteso anche al caso di adozione di minori.
La presente copertura si intende operante qualora l'astensione facoltativa per maternità/paternità sia iniziata durante l'operatività della copertura assicurativa di cui alla presente procedura di gara, purché il lavoratore/la lavoratrice risulti regolarmente assicurato/a sia all'inizio dell'astensione facoltativa sia al termine, senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria.
La liquidazione della presente indennità verrà effettuata ogni mese o, su richiesta dell'assicurato/a, in un'unica soluzione al rientro dalla maternità/paternità.

2.18 Servizio di Tutoring
L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

NUOVO PIANO ASSISTENZA SANITARIA

PACCHETTO GOLD

OPZIONE GOLD

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici	
Massimale	**€ 4.000,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 20,00
Fecondazione eterologa	
Massimale	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona
Condizioni:	Nessuno scoperto e/o franchigia
Controllo Pediatrico	
Massimale • 1 visita di controllo tra i 6 mesi e 1 anno • 1 visita di controllo a 4 anno • 1 visita di controllo a 6 anni	**illimitato**
Condizioni:	
- Assistenza diretta	franchigia € 36,15
- Assistenza indiretta	Non prevista
Cure termali minori	
Massimale • Cure Inalatorie (una volta all'anno) • Cure Otorinolaringoiatriche:	**illimitato**
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Scoperto 50%
- Assistenza indiretta	Cure inalatorie: massimo rimborsabile € 35,00 per ciclo Cure Otorinolaringoiatrich: massimo rimborsabile € 45,00 per ciclo
Visite di controllo	
Massimale • 1 volta al mese per un solo componente del nucleo • 1 volta all'anno per specializzazione medica	**illimitato**
Condizioni:	
Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Nessuno scoperto / franchigia
Vaccinazione antinfluenzale	
Massimale	**illimitato**
Condizioni:	
Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Nessuno scoperto / franchigia
Immunonutrizione	3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico in base ai protocolli medici
Massimale	**illimitato**
Condizioni:	Nessuno scoperto / franchigia

Monitoraggio domiciliare Remoto del Paziente (RPM service) **Programma 1** La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assistito, che l'assistito potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di **120** giorni	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo
Programma 2 La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa	Parametri vitali monitorati: • pressione Arteriosa / Cuore • ossigeno (02) e saturazione del sangue • peso corporeo • cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch) • temperatura corporea (ingresso manualmente) • controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)
Prestazioni per invalidità permanente (da malattia o infortunio)	
Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%	**€ 8.000,00** solo in regime rimborsuale
Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%	**€ 10.000,00** solo in regime rimborsuale
Stati Di Non Autosufficienza Consolidata/Permanente	Solo in strutture sanitarie convenzionate del Network RBM Salute
Massimale	**€ 200,00** al mese – massimo 3 anni
Cellule staminali per patologie oncologiche	
Massimale	Assistenza diretta **€ 350** anno / persona Assistenza indiretta **€ 250** anno / persona
Condizioni:	Nessuno scoperto e/o franchigia
Consulenza medica (ulteriore rispetto a quella di primo soccorso) **Servizio di guardia medica permanente** **Second Opinion internazionale** **Servizio Prenotazione taxi** **Gestione dell'appuntamento**	
Indennità di maternità o paternità	**€ 20,00** – massimo 90 giorni
Servizio di Tutoring	
Fisioterapia da infortunio o patologie particolari	
Massimale	**€ 600,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 30,00 per ogni prestazione
Riabilitazione logopedica	
Massimale	**€ 600,00 anno/persona**
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	franchigia € 30,00 per ogni prestazione
Programma di prevenzione diagnostica - prevenzione cardiovascolare; - prevenzione oncologica; - prevenzione della sindrome metabolica.	
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- Assistenza indiretta	Non prevista

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti) Massimale	**€ 1.000,00 Anno/Neonato – massimo 3 anni**
Pacchetto Parto Massimale • Indennità per parto • 3 visite psicologiche entro 3 mesi dal parto • Week-end benessere entro 1 anno dal parto Condizioni: - Assistenza diretta - Assistenza indiretta	 **illimitato** **€ 80** al giorno – massimo 7 giorni Nessuno scoperto e/o franchigia Non prevista
Prevenzione Herpes Zoster Massimale Condizioni: Assistenza diretta presso Centri Autorizzati	Assistiti di età superiore a 55 anni **illimitato** Franchigia **€ 36,15**
Prevenzione Meningococco A, C, W e Y Massimale Condizioni:	 **€ 50,00** anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia
Prevenzione Posturale Massimale Condizioni:	**Una visita fisiatrica con valutazione posturologica** Assistenza diretta**: illimitato** Assistenza indiretta **€ 50** a pacchetto Nessuno scoperto e/o franchigia
Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni) • Quota associativa per attività sportiva Massimale	1 pacchetto a scelta **€ 100,00**
• Visita sportiva agonistica/non agonistica Massimale Condizioni:	 Assistenza diretta**: illimitato** Assistenza indiretta **€ 50** anno/persona Nessuno scoperto e/o franchigia
• Colonie estive Massimale	 **€ 75,00** anno / persona
Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni Condizioni:	 indennizzo giornaliero di **€ 20,00** a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro – massimo 100 giorni
Stati di Non Autosufficienza Temporanea Massimale	 **€ 400,00** al mese – massimo 6 mesi
Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne Massimale	 Assistenza diretta**: € 5.000,00** anno/persona Assistenza indiretta **non prevista**
Consegna esiti al domicilio **Invio Medicinali al Domicilio**	
Collaboratore familiare	massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane
Spesa a domicilio	

3 Pacchetto Aggiuntivo Gold

Il Pacchetto Aggiuntivo Gold garantisce le seguenti prestazioni:

- tutte le prestazioni previste nel Pacchetto Aggiuntivo Silver alle medesime condizioni;
- fisioterapia da infortunio o patologie particolari;
- riabilitazione logopedica;
- programma di prevenzione diagnostica.
- Trisomia 21 – Sindrome di Down (figli di assistiti)
- Pacchetto parto
- Prevenzione Meningococco A, C, W e Y
- Prevenzione Herpes Zoster
- Prevenzione posturale (visita fisiatrica con valutazione posturologica)
- Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni)
- Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni
- Stati di Non Autosufficienza Temporanea
- Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- Consegna esiti al domicilio
- Invio Medicinali al Domicilio
- Collaboratore familiare
- Spesa a domicilio

3.1 Fisioterapia da infortunio o patologie particolari

Pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di:

- infortunio accertato dal Pronto Soccorso;
  particolari patologie quali: ictus cerebrale e forme neoplastiche invalidanti, neoplasie forme degenerative encefaliche o midollari.
- In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate all'Assistito con un minimo non indennizzabile di € 30,00 per ogni prestazione.
Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 600,00 per persona.

3.2 Riabilitazione logopedica

Pagamento delle spese per i trattamenti di riabilitazione logopedica a seguito di infortunio o di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.
In caso di Assistenza Diretta le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.
In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate con un valore non indennizzabile di € 30,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte dell'Aggiudicatario è necessario che l'Assistito alleghi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o

accertata.
Su tale copertura opera un limite di spesa annuo di € 600,00 per persona.

3.3 Programma di prevenzione diagnostica
Un pacchetto di prevenzione diagnostica a scelta dell'Assistito tra i seguenti:
- prevenzione cardiovascolare;
- prevenzione oncologica;
- prevenzione della sindrome metabolica.
- Check up tiroido
- Check up arterioso
- Prevenzione oftalmologica
- Prevenzione gastroenetrologica

Per il dettaglio delle prestazioni incluse in ogni pacchetto si rimanda all'Allegato 3.
Le prestazioni incluse nei singoli pacchetti diagnostici dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e in strutture sanitarie convenzionate con l'Aggiudicatario (Assistenza Diretta) e verranno liquidate direttamente dall'Aggiudicatario alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assistito.

3.4 TRISOMIA 21 - Sindrome di down (figli di assistiti)
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a € 1.000,00 per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.
Si precisa che la presente garanzia ha natura meramente indennitaria ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia per le spese relative alle cure, all'assistenza ed alla promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21.
Si precisa che in ragione della natura e della finalità della presente indennità tale importo non è assoggettabile ad imposta ai sensi dell'art. 6, comma 2, del TUIR.

3.5 Pacchetto Parto
La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto:
a) Indennità per parto: In occasione del parto e previa presentazione della relativa cartella clinica, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.
b) Supporto psicologico post parto: Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.
c) Week-end benessere: Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni: visita dietologica, incontro nutrizionista, incontro personal trainer, lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico, trattamento termale. Il massimale è illimitato. La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate del Network RBM Salute senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistita.

3.6 Prevenzione Herpes Zoster
Con la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze viene garantita a tutti gli Assistiti con età superiore a 55 anni la possibilità di immunizzazione rispetto all'insorgenza di questa malattia debilitante suscettibile di ingenerare uno stato patologico reiterato e diffuso. Il massimale previsto è illimitato.
Tali prestazioni potranno essere somministrate esclusivamente presso i Centri Autorizzati del Network RBM Salute con applicazione di una franchigia a carico dell'Assistito di importo pari ad € 36,15.

3.7 Prevenzione Meningococco A, C, W e Y
La presente garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute dal lavoratore per la vaccinazione contro il Meningococco di tipo A, C, W e Y; in caso di estensione della copertura al nucleo familiare, oltre al vaccino del titolare sarà rimborsato anche un ulteriore vaccino effettuato da uno qualsiasi dei componenti del nucleo.
Il massimale è pari ad € 50,00 a persona. Non è prevista quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

3.8 Prevenzione Posturale (visita fisiatrica con valutazione posturologica)
RBM Salute provvederà al pagamento, una volta all'anno e senza applicazione di franchigie o scoperti, di una visita fisiatrica con valutazione posturologica.
In caso di Assistenza Diretta il massimale previsto è illimitato.
In caso di Assistenza Indiretta il massimale previsto è pari a € 50,00 a pacchetto.

3.9 Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli assicurati minorenni)
Quota associativa per attività sportiva:
La Compagnia provvede al rimborso, senza applicazione di franchigie o scoperti, della quota associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica.
Tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore assicurato, diversa dalla "Visita Sportiva agonistica e non agonistica" e "Colonie estive".
Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 100,00.
Visita sportiva agonistica/non agonistica:
La Compagnia provvede al rimborso di una visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo). In caso di utilizzo di Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network RBM Salute il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.
In caso di Assistenza Indiretta il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 50,00 anno/persona. Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore assicurato.
Colonie estive:
la Compagnia provvede al rimborso ì delle spese sostenute per la frequentazione di colonie estive (marine e montane). Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 75,00 anno/persona. Si precisa che tale garanzia sarà operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del minore assicurato.

3.10 Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni
La copertura è operante nel caso in cui l'assicurato si assentasse dal lavoro a seguito di una malattia o di un infortunio che comportino un'astensione giustificata dal lavoro superiore a 180 giorni di calendario.
La Compagnia garantisce un indennizzo giornaliero di € 20,00 a partire dal 181° giorno di assenza continuativa dal lavoro determinata dalla medesima malattia/infortunio e/o dal medesimo evento, per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo e per lavoratore assicurato.
La presente copertura si intende operante a patto che il lavoratore risulti regolarmente

assicurato sia all'inizio dell'astensione dal lavoro per malattia o infortunio sia al termine, senza alcuna interruzione nella copertura sanitaria. La copertura non sarà operante nel caso in cui venga accertata una non autosufficienza consolidata o temporanea già in copertura (§§ "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" e "Stati di non autosufficienza temporanea") oppure a seguito dei seguenti eventi e/o delle seguenti cause:
1. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
2. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
3. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato e le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
4. anoressia o bulimia;
5. patologie neuro-degenerative.

3.11 Stati di Non Autosufficienza Temporanea
La Compagnia garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza. Ai fini dell'operatività della copertura, gli assicurati non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:
1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
a) spostarsi;
b) lavarsi;
c) vestirsi;
d) nutrirsi.
2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%
3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in stato di non autosufficienza come di seguito definito, il limite di spesa mensile garantito per il complesso delle coperture sotto indicate, corrisponde a € 400,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.
Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute (1) non venga giudicato "consolidato" e (2) che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:
a) soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
b) nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
c) spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
d) vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica

portata abitualmente),
e (3) necessiti temporaneamente ma in modo costante a) o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio b) di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.
Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata. Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti - nelle forme di seguito indicate:
a) erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
b) rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza.

3.12 Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
In caso di ricovero chirurgico/medico per neoplasia maligna (anche per interventi non ricompresi nell'elenco degli interventi chirurgici) e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura, la Compagnia rimborsa tramite la rete di strutture convenzionate col network le prestazioni di ospedalizzazione domiciliare e di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Iscritto, per un periodo di 60 giorni successivo alla data di dimissioni (e successivi ai giorni di post-ricovero per i casi d'intervento previsti dal piano sanitario).
La Compagnia concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Per gestire il processo la Compagnia si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.
Rientra in copertura anche il noleggio di ausili medico-sanitari tramite le strutture sanitarie convenzionate.
Il massimale previsto è di € 5.000,00 anno/persona solo in strutture convenzionate con il Network.

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

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

3.15 Collaboratore familiare
Se l'assistito è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare la Centrale Operativa che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, di furto o di tentato furto, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l'onorario fino ad un massimo di 6 ore alla settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 2 settimane. Per l'attivazione della copertura, l'assistito dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

3.16 Spesa a domicilio
Nei casi di frattura del femore, fratture vertebrali, fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee, fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto, fratture del bacino, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti all'interno del territorio del Comune, di furto o di tentato furto presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvederà nelle quattro settimane successive al sinistro ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assistito di generi alimentari/prima necessità. Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l'acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna. L'Assistito sarà informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna.

ALLEGATO 3 - Pacchetti di prevenzione diagnostica

Le prestazioni incluse nei pacchetti di prevenzione diagnostica.
includono le seguenti prestazioni:
Prevenzione Sindrome Metabolica

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Prevenzione cardiovascolare

- esame emocromocitometrico completo
- velocità di eritrosedimentazione (VES)
- glicemia
- azotemia (Urea)
- creatininemia
- colesterolo Totale e colesterolo HDL
- alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- apartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- esame delle urine

- omocisteina
- elettrocardiogramma di base
- trigliceridi

Prevenzione oncologica

- esame emocromocitometrico completo
- velocità di eritrosedimentazione (VES)
- glicemia
- azotemia (Urea)
- creatininemia
- colesterolo Totale e colesterolo HDL
- alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- esame delle urine
- omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- ecografia prostatica
- visita ginecologica e PAP-Test
- trigliceridi
- Check up tiroide
- visita endocrinologica
- ecografia tiroidea
- FT3
- FT4
- TSH
- Check up arterioso
- ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- visita cardiologica

Prevenzione oftalmologica

- Valutazione anamnestica
- esame del segmento anteriore ed annessi oculari
- studio del fundus oculi
- tono oculare
- misurazione del visus

Prevenzione gastroenterologica

- emocromo
- GOT
- GPT
- GGT
- glicemia basale
- trigliceridemia
- colosteroliemia totale
- colesterolo hdl,
- colesterolo ldl
- cpk
- pcr
- microalbuminuria
- ricerca del sangue occulto feci
- ecografia addome superiore
- visita gastroenterologica