

Guida al Piano sanitario

**Copertura
Obbligatoria
Iscritti G.A.A.T.**

Edizione Giugno 2018

QUANDO
C'È **UNISALUTE**
C'È **TUTTO**

**Per tutte le prestazioni previste dal Piano Sanitario
contatta preventivamente il
Numero Verde
800-009644**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046

orari:
8.30 – 19.30 dal lunedì al venerdì

I servizi UniSalute sempre con te!

www.unisalute.it

24h su 24, 356 giorni l'anno

Scarica gratis l'app te da App Store e Play Store.

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 209/2005 art.185 "Informativa al contraente" si informa che:

- La legislazione applicata al contratto è quella italiana;

- **Reclami:** eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

**UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna
fax 051- 7096892 e-mail reclami@unisalute.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di **ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti**.

Guida al Piano sanitario Copertura Obbligatoria Agenti Iscritti al G.A.A.T.

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.



1.	SOMMARIO	
2.	BENVENUTO	5
3.	COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	5
3.1.	Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute	5
3.2.	Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute	6
3.3.	Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale	7
4.	SERVIZI ONLINE E MOBILE	8
4.1.	Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?	8
4.2.	Come faccio ad aggiornare online i miei dati?	9
4.3.	Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?	9
4.4.	Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?	10
4.5.	Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?	10
4.6.	Come posso ottenere pareri medici?	11
4.7.	Come faccio a scaricare l'app UniSalute?	11
5.	LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA.....	12
6.	LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	12
6.1.	Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico	12
6.1.1.	Trasporto sanitario	15
6.1.2.	Trapianti a seguito di malattia e infortunio	15
6.1.3.	Rimpatrio della salma	15
6.1.4.	Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico	15
6.1.5.	Il limite di spesa annuo dell'area ricovero	16
6.2.	Diagnosi comparativa	16
6.3.	Servizi di consulenza	18
6.4.	Invalità permanente da malattia	19
6.4.1.	Somma garantita	19
6.4.2.	Persone non associabili	19
6.4.3.	Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	20
6.4.4.	Criteri di indennizzabilità	21
6.4.5.	Determinazione dell'indennizzo da parte della compagnia	22
7.	CONTRIBUTI	23
8.	CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO	24
9.	ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI.....	26
9.1.	Inclusioni/esclusioni	26
9.2.	Validità territoriale	26
9.3.	Limiti di età	27
9.4.	Gestione dei documenti di spesa	27
9.5.	Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?	28
10.	ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	28

MODULO DI ADESIONE, RICHIESTA RIMBORSO E INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATI

2. **BENVENUTO**

La “Guida al Piano sanitario” è un utile supporto per l’utilizzo della copertura sanitaria. Ti consigliamo di seguire quanto indicato nella Guida ogni volta che devi utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online offerti da UniSalute

Su www.unisalute.it, hai a disposizione un’**area riservata con pratiche funzioni online** che rendono ancora più veloce e semplice utilizzare il Piano sanitario.

I servizi online sono **attivi 24 ore su 24 tutti i giorni dell’anno** e sono disponibili anche in versione *mobile* per smartphone e tablet! Per saperne di più consulta il **capitolo 4** della presente Guida.

3. **COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO**

3.1. Se scegli una struttura convenzionata con UniSalute

UniSalute ha convenzionato un network di strutture sanitarie private che garantiscono elevati standard in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate, è disponibile su www.unisalute.it nell’Area clienti o telefonando alla Centrale Operativa. E’ sempre aggiornato e facilmente consultabile.

Utilizzando le strutture convenzionate, usufruisci di tanti vantaggi:

- non devi sostenere alcuna spesa (ad eccezione di quanto previsto dalle singole coperture) perché il pagamento delle prestazioni avviene direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata;
- riduci al minimo i tempi di attesa tra la richiesta e la prestazione.

Al momento della prestazione, che deve essere **preventivamente autorizzata da UniSalute**, devi presentare alla struttura convenzionata un documento di identità e, quando richiesta, la

prescrizione del medico curante con l'indicazione della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute, pagherà le spese per le prestazioni sanitarie autorizzate direttamente alla struttura convenzionata. Dovrai sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano sanitario.

Importante

Prima di una prestazione in una struttura convenzionata, verifica se il medico scelto è convenzionato con UniSalute. Utilizza la **funzione di Prenotazione sul sito www.unisalute.it** nell'Area clienti, è comodo e veloce!

3.2. Se scegli una struttura non convenzionata con UniSalute

Per garantirti la più ampia libertà di scelta, il Piano sanitario può prevedere anche la possibilità di utilizzare strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute. Il rimborso delle spese sostenute avverrà secondo quanto previsto per le singole prestazioni.

Per chiedere il rimborso delle spese vai su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti: puoi inviare i documenti direttamente dal sito.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle spese: invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!

Se non puoi accedere a internet invia copia della documentazione a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

Di seguito trovi indicata la documentazione generalmente richiesta per il rimborso delle spese sanitarie sostenute, salvo quanto previsto dalle singole coperture del Piano sanitario:

- **il modulo di richiesta rimborso** compilato e sottoscritto, che si trova allegato alla Guida oppure sul sito www.unisalute.it;
- in caso di **ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di **indennità giornaliera per ricovero**, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero e ad esso connessa, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

Per una corretta valutazione della richiesta di rimborso, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

UniSalute potrebbe richiedere eventuali controlli medici anche attraverso il rilascio di una specifica autorizzazione per superare il vincolo del segreto professionale cui sono sottoposti i medici che hanno effettuato visite e cure.

3.3. Se scegli il Servizio Sanitario Nazionale

Se utilizzi il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., puoi chiedere il rimborso dei ticket su www.unisalute.it all'interno dell'Area clienti. E' facile e veloce!



Valutazione rimborso in 20 giorni

Chiedi online l'indennità giornaliera: segui la breve procedura guidata e **invia i documenti in formato elettronico. Risparmi tempo e ricevi la valutazione della tua richiesta entro 20 giorni!**

In alternativa, invia a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria.

4. SERVIZI ONLINE E MOBILE

Tanti comodi servizi a tua disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Sul sito **www.unisalute.it** all'interno dell'Area clienti puoi:

- **verificare e aggiornare** i tuoi **dati** e le tue **coordinate bancarie**;
- chiedere i **rimborsi delle prestazioni** e **inviare la documentazione direttamente dal sito (upload)**;
- visualizzare l'**estratto conto** con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso;
- consultare le **prestazioni** del proprio **Piano sanitario**;
- consultare l'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate**;
- ottenere **pareri medici**.

4.1. Come faccio a registrarmi al sito www.unisalute.it per accedere ai servizi nell'Area clienti?

E' semplicissimo. Basta accedere all'apposita funzione dedicata alla Registrazione Clienti sul sito UniSalute.

Come faccio a registrarmi al sito e a conoscere la mia username e password?

Nella home page del sito www.unisalute.it accedi alla funzione "Registrati" e compila la maschera con i dati richiesti.

Ti ricordiamo che per garantire i massimi livelli di sicurezza e di protezione delle informazioni, username e password devono essere diverse tra loro e la password deve essere almeno di 8 caratteri. Inoltre la password va rinnovata ogni 6 mesi e un messaggio automatico ti indicherà quando sarà necessario fare la variazione.

Come faccio a recuperare Username e Password se le dimentico?

Basta cliccare sul bottone "Non ricordi password?" sulla home page e inserire i dati richiesti. Procederemo a inviarti all'indirizzo e-mail indicato le credenziali di accesso al sito.

4.2. Come faccio ad aggiornare online i miei dati?

Entra nell'Area clienti e **accedi all'area "Aggiorna dati"**. In base alle tue esigenze puoi:

- aggiornare l'indirizzo e i dati bancari (codice IBAN);
- comunicarci il tuo numero di cellulare e il tuo indirizzo e-mail per ricevere comodamente sul cellulare o sulla tua e-mail, utili messaggi.



Sistema di messaggistica via e-mail e via SMS

Ricevi **conferma dell'appuntamento** fissato presso la struttura sanitaria convenzionata con indicazione di luogo, data e ora dell'appuntamento; **comunicazione dell'autorizzazione** ad effettuare la prestazione; notifica di ricezione della documentazione per il rimborso; **richiesta del codice IBAN**, se mancante; conferma dell'avvenuto **rimborso**.

4.3. Come faccio a chiedere il rimborso di una prestazione?

Entra nell'Area clienti, accedi alla sezione **"Rimborsi"** e seleziona la funzione di interesse.



Richiesta rimborso online

Chiedi online il rimborso delle prestazioni: **invia i documenti in formato elettronico (upload) e risparmi tempo!**

Se non puoi accedere a internet, utilizza il modulo di rimborso allegato alla Guida e invialo insieme a copia di tutta la documentazione richiesta a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.**

4.4. Come faccio a consultare l'estratto conto e quindi lo stato delle mie richieste di rimborso?

Entra nell'Area clienti e **accedi alla sezione "Estratto conto"**.

L'estratto conto online è un rapido e comodo strumento di informazione sullo stato delle tue richieste di rimborso.

L'aggiornamento dei dati è quotidiano e puoi consultarlo in ogni momento per conoscere in tempo reale l'iter e l'esito di ogni tua richiesta di rimborso, visualizzare per quali richieste di rimborso devi inviare documentazione mancante, accelerando così la procedura di rimborso, oppure le motivazioni del mancato pagamento.

Per ogni documento vengono indicati, oltre ai dati identificativi del documento stesso, l'importo che abbiamo rimborsato e quello rimasto a tuo carico. Tutte le pagine visualizzate sono stampabili.

4.5. Come faccio a consultare le prestazioni del mio Piano Sanitario e le strutture sanitarie convenzionate?

Esegui il Login al sito cliccando su Entra/Login e **accedi all'area "Prestazioni e strutture convenzionate"**.

Seleziona la funzione di tuo interesse per visualizzare le prestazioni del tuo Piano Sanitario o l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

4.6. Come posso ottenere pareri medici?

Nell'Area clienti hai a disposizione la funzione "il medico risponde", attraverso la quale puoi ottenere pareri medici online, direttamente sulla tua mail. Se hai dubbi che riguardano la tua salute e vuoi un parere medico da uno specialista questo è il posto giusto per parlare di cure, per richiedere consigli e affrontare problemi e incertezze sul tuo benessere.

Entra ed invia le tue domande ai nostri medici. Ti risponderanno via e-mail, nel più breve tempo possibile. Le risposte alle domande più interessanti e sui temi di maggiore interesse vengono pubblicate sul sito a disposizione dei clienti rispettando il più assoluto anonimato.

4.7. Come faccio a scaricare l'app UniSalute?

L'app UniSalute è **disponibile per smartphone e tablet** e può essere **scaricata gratuitamente da App Store e Play Store**. Accedi allo store e cerca "UniSalute" per avere sempre a portata di mano i nostri servizi.

AREA RISERVATA AI CLIENTI

Accedi con le stesse credenziali che utilizzi per entrare nell'Area clienti su www.unisalute.it e consulta ovunque ti trovi le tue funzioni riservate.

PREVENZIONE ONLINE

Utili test per la salute:

- test visivo;
- test audiometrico;
- qualità del sonno;
- prevenzione dentale: uno strumento "per grandi e piccoli" per una corretta igiene orale.

5. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA

Il Piano sanitario è prestato a favore degli Agenti iscritti al G.A.A.T.

- Gruppo Agenti di Assicurazione Toro - che risultino iscritti al Gruppo Aziendale Agenti Toro Assicurazioni.

6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia per le seguenti coperture:

COPERTURA BASE “GRANDI INTERVENTI”

- ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico;
- diagnosi comparativa;
- servizi di consulenza;

COPERTURA BASE “I.P.M”

- invalidità permanente da malattia.

COPERTURA BASE “GRANDI INTERVENTI”

6.1. Ricovero in istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico

Per grandi interventi chirurgici si intendono quelli elencati al successivo capitolo “Elenco grandi interventi chirurgici”

Rimane inteso che i grandi interventi di cui all’elenco citato, saranno in copertura anche se eseguiti/effettuati con tecniche/procedure/vie operatorie diverse o aggiornate rispetto a quelle eventualmente riportate nell’elenco stesso.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora l'iscritto venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente copertura viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. Sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
Rette di degenza	In strutture sanitarie convenzionate e non convenzionate le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente e integralmente. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 103,30 al giorno per un massimo di 90 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 103,30 al giorno per un massimo di 90 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la

	<p>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 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.</p>
--	--

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

Le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione delle coperture "Pre-ricovero" e "Assistenza infermieristica privata individuale" che prevedono specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Le prestazioni vengono rimborsate senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Isritto, ad eccezione della copertura "Accompagnatore" che prevede specifici limiti.

- **In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici non convenzionati**

Tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate in forma rimborsuale da UniSalute con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

- **In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

UniSalute rimborsa integralmente, nei limiti previsti ai diversi punti,

le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Isritto durante il ricovero. In questo caso, però, l'Isritto non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

6.1.1. Trasporto sanitario

Il Piano sanitario rimborsa le spese di trasporto dell'Isritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 6.584,83** per ricovero.

6.1.2. Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, il Piano sanitario liquida le spese previste al paragrafo "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, il Piano sanitario copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.1.3. Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, il Piano sanitario rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.500,00** per anno associativo e per persona.

6.1.4. Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 103,00** per ogni giorno di ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

6.1.5. Il limite di spesa annuo dell'area ricovero

Con limite di spesa annuo si intende una cifra oltre la quale il Piano sanitario o una sua parte non possono rimborsare. Il Piano sanitario prevede quindi un limite di spesa annuo che ammonta a **€ 500.000,00** per anno associativo e per persona. Questo significa che se durante l'anno questa cifra viene raggiunta non vi è più la possibilità di vedersi liquidati o rimborsati ulteriori importi.

6.2. Diagnosi comparativa

Il Piano sanitario dà la possibilità all'Isritto di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto. Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-009644**, l'Isritto verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Isritto i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Isritto un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Isritto con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con

una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Isritto.

3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Isritto intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Isritto laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute, e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Isritto di godere di sconti significativi sulle tariffe. mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente 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

Per l'attivazione della copertura, l'iscritto dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

6.3. Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde **800-009644** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + **051.6389046**.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Isritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

COPERTURA BASE "I.P.M"

6.4. Invalidità permanente da malattia

Il Piano sanitario garantisce un indennizzo in caso di Invalidità Permanente non inferiore al 50% che sia conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia. Nel caso di malattie preesistenti all'effetto del Piano, la copertura vale limitatamente alla percentuale di invalidità attribuibile all'aggravamento di Invalidità permanente successivo all'ingresso in copertura.

UniSalute liquiderà una somma di danaro, a titolo di indennizzo, da calcolarsi in percentuale sulla somma garantita secondo lo schema di cui al capitolo "Determinazione dell'Indennizzo da parte della Compagnia". In caso di malattie coesistenti, ogni patologia invalidante verrà valutata singolarmente, mentre in caso di malattie concorrenti verrà valutata un'invalidità complessiva.

In nessun caso si procederà a liquidazione di indennizzo per i casi di Invalidità Permanente accertata di grado inferiore al 50%

6.4.1. Somma garantita

La somma assicurata per la garanzia sopra descritta corrisponde a **€ 250.000,00** per ogni persona.

6.4.2. Persone non associabili

Non sono associabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione H.I.V. o da sindromi organiche cerebrali.

6.4.3. Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'Isritto o chi per esso dovrà tempestivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al **numero verde gratuito 800-009644** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046).

L'Isritto deve denunciare in forma scritta a UniSalute ogni singola malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini del Piano. La denuncia deve essere fatta per iscritto a UniSalute entro 30 giorni dal sinistro.

L'Isritto deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Qualora, in occasione del sinistro, emergessero elementi rilevanti sullo stato di salute dell'Isritto, la Società ha la facoltà di richiedere la documentazione sanitaria ad essi pertinente. In caso di scadenza del Piano prima che la malattia sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre due anni dalla cessazione del Piano stesso, sempreché la malattia si sia manifestata entro il periodo di validità della copertura.

E' necessario che l'Isritto invii alla Società tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche in caso di ricoveri. Qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

La Società avrà sempre la possibilità di far valutare lo stato di salute dell'assicurato da un medico di propria fiducia e di condizionare la liquidazione del sinistro all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

6.4.4. Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dal successivo punto "Casi di non operatività del Piano", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso della copertura, le malattie che abbiano già avuto riconoscimento di indennizzo per l'invalidità permanente riscontrata non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove patologie. Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità "residuale" andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

A maggior chiarimento dei criteri di indennizzabilità si fa riferimento allo schema sotto riportato:

Status iscritto	Valutazione della copertura
Iscritto già affetto da patologia invalidante alla data di effetto della copertura	Liquidazione non prevista
Iscritto già affetto da patologia invalidante alla data di effetto della copertura con aggravamento della stessa	Valutazione dell'invalidità permanente derivante dalla nuova malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente malattia invalidante.
Iscritto già affetto da patologia invalidante alla data di effetto della copertura con diagnosi di	Valutazione dell'invalidità permanente derivante dalla nuova malattia denunciata, senza tener

nuova malattia invalidante coesistente o concorrente.	conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente malattia invalidante.
Iscritto a cui è stata già liquidata un'invalidità ma con nuova malattia invalidante coesistente o concorrente	Valutazione dell'invalidità permanente derivante dalla nuova malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente malattia invalidante. Si precisa che mai l'indennizzo totale potrà superare il 100% del capitale assicurato, anche a fronte di più sinistri denunciati in più anni.
Iscritto a cui è stata già liquidata un'invalidità per la stessa malattia ora in aggravamento	Nulla è dovuto oltre a quanto già pagato, in quanto la valutazione medico legale tiene conto degli sviluppi della malattia invalidante.
Iscritto affetto da invalidità derivanti da malattie concorrenti insorte in effetto della copertura	L'invalidità permanente sarà il risultato di una valutazione complessiva
Iscritto affetto da invalidità derivanti da malattie coesistenti insorte in effetto della copertura	L'invalidità permanente derivante da ciascuna malattia coesistente sarà valutata singolarmente

6.4.5. Determinazione dell'indennizzo da parte della compagnia

L'Invalidità Permanente viene accertata non prima di 6 mesi dalla data di denuncia della malattia, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa. La percentuale di Invalidità Permanente viene determinata ai sensi di quanto esposto all'allegato "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" dove sono specificati, per ogni sistema organo-funzionale:

- i criteri di valutazione;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente inferiore al 50%;

- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente superiore al 50%.

Nei casi di invalidità che colpiscano apparati non specificati nell'allegato "Parametri di riferimento per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia", per la valutazione dell'invalidità permanente si farà riferimento all'allegata Tabella redatta sulla base dei principi ANIA relativi alla valutazione delle invalidità permanenti, che esplicita la percentuale di invalidità permanente legata alla perdita anatomica o funzionale di alcuni organi o parti di essi, conseguente a patologia insorta durante l'operatività del Piano.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificata nel suddetto capitolo la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita validità fisica dell'Isritto, indipendentemente dalla professione esercitata. La Società liquida un indennizzo, calcolato sulla somma garantita, secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Isritto quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 50%.

Fasce	Grado % della Invalidità Permanente	Indennizzo da liquidare
I°	Invalidità tra lo 0% e il 49%	0
II°	Invalidità tra il al 50% al 100%	100%

7. CONTRIBUTI

I contributi annui, a carico dell'Isritto, per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Copertura Base "Grandi Interventi"	€ 50,00
Copertura Base "IPM"	€ 250,00

8. CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

Il Piano sanitario non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di copertura prevista, non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dal Piano stesso.

Il Piano sanitario non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del Piano.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, compresi nell'elenco dei grandi interventi, e resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Piano);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. le prestazioni mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, ancorché resi necessari da Grandi Interventi. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
8. gli interventi diversi dai grandi interventi di cui all'elenco.
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
15. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Relativamente alla copertura “Invalidità permanente da malattia”, sono escluse dal Piano le invalidità conseguenti:

1. a difetti fisici e malformazioni manifestatisi anteriormente alla stipula del Piano;
2. a malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
3. a prestazioni mediche aventi finalità estetiche, compresi trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche e loro conseguenze;
4. a malattie dovute all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
5. a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
6. a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), sia in modo diretto che in modo indiretto;
7. a guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
8. a prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e loro conseguenze.

Sono inoltre escluse dalla copertura le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente Piano sanitario.

* Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Iscritti per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

9. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI

9.1. Inclusioni/esclusioni

Le movimentazioni all'interno del presente Piano sono regolate dai punti di seguito indicati.

1. Inserimento di nuovi iscritti in data successiva all'effetto di copertura

Le inclusioni di iscritti in data successiva a quella di effetto del Piano sono possibili solo nel caso di nuove iscrizioni. La copertura per l'iscritto indicato al punto "Persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal giorno dell'iscrizione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

2. Mancato rinnovo dell'iscrizione

Nel caso di mancato rinnovo dell'iscrizione, l'ex-iscritto viene mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

9.2. Validità territoriale

Il Piano sanitario è valido in tutto il mondo. Se ti trovi all'estero e hai

bisogno di un ricovero, devi contattare il più presto possibile la Centrale Operativa per avere l'autorizzazione ad effettuare la prestazione e farti indicare la struttura sanitaria convenzionata a te più vicina. Potrai così usufruire di un servizio garantito e scelto per te da UniSalute che ti assisterà nell'affrontare una situazione di necessità in un Paese straniero.

Se dovessi recarti in una struttura sanitaria non convenzionata, abbi cura di conservare tutta la documentazione relativa alla prestazione di cui hai usufruito e all'eventuale importo pagato per chiederne il rimborso.

9.3. Limiti di età

Il Piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'Iscritto, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano, al compimento del 71° anno d'età da parte dello stesso.

9.4. Gestione dei documenti di spesa

A. Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Iscritto.

B. Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta in copia, viene conservata e allegata alle richieste di rimborso come previsto per legge. Qualora UniSalute dovesse richiedere all'Iscritto la produzione degli originali verrà restituita, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

9.5. Quali riepiloghi vengono inviati nel corso dell'anno?

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Iscritti sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

- **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Iscritto.

10. ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Il Piano sanitario è operante esclusivamente per i Grandi interventi chirurgici sotto elencati. Rimane inteso che i grandi interventi qui di seguito riportati saranno in copertura anche se eseguiti/effettuati con tecniche/procedure/vie operatorie diverse o aggiornate rispetto a quelle eventualmente qui di seguito riportate

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo (compreso prelievo di vasi)
- Intervento per corpi estranei o tumori del cuore
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Pericardiectomia totale
- Resezione del cuore (aneurisma, infarto, ecc.)
- Sezione o legatura del dotto arterioso del Botallo
- Sostituzione valvolare singola o multipla, valvuloplastica
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi

- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Craniotomia per ematoma extradurale o per lesioni traumatiche intracerebrali
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Intervento endorachideo per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie, ed affezioni meningomidollari
- Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Intervento per epilessia focale
- Intervento per traumi cranio-cerebrali, vertebro-midollari
- Intervento per tumori della base cranica per via transorale
- Intervento per tumori orbitali
- Intervento sulla cerniera atlanto-occipitale
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intradurali extramidollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazione per encefalomeningocele, mielomeningocele
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Terapia chirurgica delle fistole artero venose

CHIRURGIA GENERALE

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Amputazione del retto per via addomino-perineale, addomino-sacrale
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Coledoco o epatico digiuno-duodenostomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparatomica
- Intervento demolitivo del pancreas
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione anteriore rettocolica
- Resezione epatica
- Tiroidectomia per neoplasie maligne
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione di tumori tipici del bambino
- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia congenita dell'esofago
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Fistola congenita dell'esofago
- Fistola e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson
- Megacolon: resezione anteriore
- Megauretere
- Occlusione intestinale del neonato
- Polmone cistico e policistico(lobectomia+pneumonectomia)
- Spina bifida: mielomeningocele
- Torace ad imbuto e torace carenato

CHIRURGIA TORACICA

- Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo lobectomia o pneumonectomia
- Intervento sul mediastino per tumori
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia

CHIRURGIA VASCOLARE

- Bypass aorta addominale
- Bypass aortico biliaco o bifemorale
- Interventi per aneurismi dell'aorta toracica o addominale
- Intervento per aneurismi artero venosi delle arterie carotide, vertebrale, succlavia, tronco branchiocefalico, iliaca
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

GINECOLOGIA- OSTETRICIA

- Eviscerazione pelvica

- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparatomica
- Panisterectomia radicale per tumori maligni
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Artroprotesi anca totale (onnicomprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante)
- Intervento per scoliosi vertebrale
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o posteriore
- Artroprotesi ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Intervento per ernia del disco intervertebrale
- Osteosintesi vertebrale

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni mascellari, frontali
- Laringectomia totale, laringofaringectomia
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Ricostruzione della catena ossiculare

UROLOGIA

- Nefrectomia allargata per !Limare
- Orchiectomia allargata con linfectomia
- Prostatectomia per carcinoma
- Resezione renale con clarnpaggio vascolare
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale
- Cistoprostatovesicuclectomia totale
- Nefroureterectomia totale
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale

TRAPIANTI D' ORGANO

- Tutti

Allegato 1: Parametri di riferimento per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

In relazione a quanto previsto al capitolo "Determinazione dell'indennizzo", i criteri ed i parametri per la liquidazione dell'indennizzo sono quelli di seguito elencati.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato;▪ il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;

<p>complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza; ▪ disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni), tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane; ▪ il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti; ▪ presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere; ▪ disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente; ▪ episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno; ▪ il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare; ▪ alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.
--	--

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
 - classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
 - classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella

abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

– classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi.

- Pressione arteriosa.
- Efficacia della terapia medica e chirurgica.
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabili da adeguata terapia;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;

<p>presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso; ▪ soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riescono comunque a condurre una vita attiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.
---	--

APPARATO RESPIRATORIO

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA; ▪ FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA; ▪ FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PaO₂ superiore all'80% del valore teorico. 	<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA; ▪ FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA; ▪ FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS</p> <p>I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico</p> <p>e</p> <p>nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.</p>	<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS</p> <p>I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali;</p> <p>e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p>
<p>COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e</p> <p>il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.</p>	<p>COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p>
<p>FEGATO</p> <p>I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e</p> <p>non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica</p>	<p>FEGATO</p> <p>Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e</p> <p>sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate</p>

e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.	terapie di ascite o di sanguinamento da varici dal tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.
--	---

APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. <i>oppure</i> Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm Hg), senza adeguata terapia <i>oppure</i> sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.</p>	<p>Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. <i>oppure</i> Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg), non controllabile da adeguata terapia <i>oppure</i> sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.</p>

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia <i>oppure</i> diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico <i>oppure</i> la malattia di per sè controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, verranno valutati in base ai seguenti :

Criteri di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml., non necessita di emotrasfusioni <i>oppure</i> sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia <i>oppure</i> leucemia linfatica cronica in 1° stadio <i>oppure</i> leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.</p>	<p>Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml., con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane) <i>oppure</i> presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa <i>oppure</i> leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.</p>

MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nella presente tabella.

- B. Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74% % indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

Allegato 2: Tabella utilizzata per la valutazione delle Invalidità Permanenti conseguenti a patologia

Tabella ANIA Invalidità Permanente		
Tipologia di sinistro	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro	Sinistro
Perdita totale di un arto superiore	70%	60%
Perdita della mano o di un avambraccio	60%	50%
Perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
Perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
Perdita di un piede	40%	40%
Perdita del pollice	18%	16%
Perdita di una falange del pollice	9%	8%
Perdita dell'indice	14%	12%
Perdita del mignolo	12%	10%
Perdita del medio	8%	6%

Perdita dell'anulare	8%	6%
Perdita di una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Perdita di un alluce	5%	5%
Perdita di una falange dell'alluce	2,5%	2,5%
Perdita di un altro dito del piede	3%	3%
Perdita di una falange di altro dito del piede	1%	1%
Sordità completa di un orecchio	10%	10%
Sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	25%
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale	12%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	5%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo della 12a vertebra dorsale	10%	

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza	10%

Nota: in caso di constatato mancino, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si riferiscono all'arto sinistro, e viceversa.

