

Condizioni Generali di Assicurazione

Premessa

Le seguenti condizioni (modello TPT905 2 edizione 09/2007) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello TPT905 1 edizione 09/2007.

Definizioni

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Day hospital:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Difetto fisico o malformazione:	alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Indice di massa corporea:	indice ottenuto, secondo le indicazioni dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, dividendo il peso (espresso in Kg) per il quadrato della statura (espresso in metri).
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.
Intervento chirurgico:	l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Manifestazione:	epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
Massimale:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Nucleo familiare:	il nucleo, composto da almeno due persone, risultante sul certificato anagrafico "Stato di famiglia", cui appartiene il contraente.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. - sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni e comunicazioni del contraente

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.

Il contraente dichiara che le persone indicate in polizza corrispondono, al momento della sottoscrizione, a tutti i componenti del proprio nucleo familiare di età non superiore a 55 anni, assicurabili ai sensi dell'Art. 12. In caso di dichiarazione inesatta, a termini dei sopracitati articoli del codice civile, si applicherà una riduzione dell'indennizzo del 25% per ogni persona non dichiarata.

Art. 2 - Altre assicurazioni

L'assicurato o il contraente deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.

L'assicurato o il contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali. In caso di sinistro, l'assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.

Art. 3 - Aggravamento del rischio

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.

Art. 4 - Diminuzione del rischio

L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

Art. 5 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.

Art. 6 - Durata

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell'assicurazione e viene indicata in polizza.





Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale, mediante fax o lettera raccomandata spedita almeno 15 giorni prima.

Art. 7 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo.

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.

Il pagamento può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA Assicurazioni S.p.A. o all'agente in qualità di agente di TUA.
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario TUA Assicurazioni S.p.A. o l'agente in qualità di agente di TUA.

Non è possibile il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a euro 500,00 (cinquecento/00).

Avvertenza: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di importo complessivamente superiore a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), sarà vietato il ricorso al denaro contante.

Art. 8 – Comunicazioni e modifiche al contratto

Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 9 – Periodo di assicurazione

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 10 – Proroga, disdetta e variazione del premio

In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 15 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente

comunica di non accettare le nuove condizioni, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza.

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Qualora in polizza sia indicato NO alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 11 – Aggiornamento annuale del premio all'età degli assicurati
Il premio di polizza è determinato in base all'età degli assicurati. Alla scadenza di ciascuna annualità, i premi imponibili annuali, sono aumentati di 3,4146 euro per ogni assicurato. Sull'importo così ottenuto viene ripartito il premio per l'eventuale frazionamento ed applicate le imposte di legge.

Tale aggiornamento annuale è effettuato al fine di adeguare il premio all'evolvere del rischio nel tempo.

Art. 12 – Persone non assicurabili e risoluzione del contratto
Non sono assicurabili le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali (diverse da quelle assicurate).

Costituisce causa di risoluzione del contratto:

- la sopravvenienza di tali affezioni;
- la denuncia del secondo sinistro "gravi malattie" liquidabile a termini di polizza, ovvero del primo, se il contratto è stato emesso in sostituzione di altro contratto già colpito da sinistro liquidabile a termini della medesima garanzia.

In questi casi TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.

Art. 13 – Foro Competente

Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.

Art. 14 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.

Art. 15 – Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.

Gravi malattie

Art. 16 - Oggetto della garanzia

TUA corrisponde il capitale assicurato di 10.000 euro se, durante il periodo di operatività del contratto, all'assicurato viene diagnosticata una delle seguenti malattie, meglio descritte nell'Elenco 1 - Definizioni di grave malattia:

- coma
- ictus cerebrale
- infarto miocardico
- insufficienza renale
- malattie dei motoneuroni

- malattia di Alzheimer
- morbo di Parkinson
- sclerosi multipla
- necessità di trapianto d'organo
- tumore maligno

e sempre che quest'ultimo sia sopravvissuto almeno 60 giorni dalla data della diagnosi (periodo di qualificazione). Nel corso di tale periodo, la diagnosi di ulteriori gravi malattie sarà considerata quale unico sinistro.

Indennità per la cura in caso di ricovero, intervento chirurgico e parto

Art. 17 - Oggetto della garanzia

TUA si impegna a corrispondere all'assicurato un indennizzo, in caso di:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico;
- intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso;

per trattamenti resi necessari da malattia, infortunio o parto.

In caso di **parto e/o intervento chirurgico**, l'ammontare dell'indennizzo è stabilito in funzione del tipo di intervento, secondo quanto riportato nell'Elenco 2 - Importo indennizzi, indipendentemente dalle spese mediche realmente sostenute.

Nel caso in cui l'assicurato venga sottoposto a più interventi chirurgici, sarà riconosciuto:

- l'importo relativo all'intervento di importo più elevato se gli interventi chirurgici avvengono a meno di 30 giorni di distanza l'uno dall'altro;
- i relativi indennizzi previsti per ogni singolo intervento quando avvengano a distanza pari o superiore a 30 giorni.

In ogni caso la somma massima indennizzabile **non potrà mai essere superiore a 4.000 euro per assicurato e per anno.**

In caso di **ricovero senza intervento chirurgico**, con almeno



due giorni di pernottamento, TUA corrisponde all'assicurato un'indennità giornaliera per ciascun giorno di pernottamento di:

- 25 euro per i primi 7 giorni;

- 50 euro per ogni giorno successivo ai primi 7; per un periodo massimo di 60 giorni per evento e di 90 giorni per anno assicurativo.

Norme comuni alle garanzie

Art. 18 – Periodo di attesa

Fermo quanto previsto dall'Art. 7, disciplinante il giorno di effetto dell'assicurazione, le garanzie sono operanti:

- dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione, per gli infortuni;
- relativamente alla garanzia "Indennità per la cura in caso di ricovero, intervento chirurgico o parto":**
 - dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto;
 - dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie insorte prima della data di stipulazione del contratto;
 - dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto, ridotto al 120° per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- relativamente alla garanzia "Gravi malattie", dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.**

In caso di mancato pagamento delle rate di premio successive alla prima entro 90 giorni dalle loro rispettive scadenze, fermo quanto previsto dall'Art. 7, i termini di aspettativa sopra previsti decorrono nuovamente dal giorno di effettivo pagamento.

Art. 19 – Sostituzione senza soluzione di continuità

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora per data di effetto, a termini dell'Art. 18, e per data di stipulazione, a termini dell'Art. 20 comma 1), si intende:

- il giorno di effetto/stipulazione della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- il giorno di effetto/stipulazione della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

Art. 20 – Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- le conseguenze di infortuni, malattie, difetti fisici o malformazioni, stati patologici, che siano stati diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o manifestati o comunque noti all'assicurato prima della stipulazione dell'assicurazione.**
- le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoidi, anoressia, bulimia, ecc.;**
- gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;**
- gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;**
- le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;**
- gli infortuni conseguenti alla pratica di sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio) o dalla partecipazione a gare o competizioni sportive, ed alle relative prove e allenamenti, che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura, nonché dall'attività sportiva professionale (gare, prove e allenamenti);**

- gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;**
- gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;**
- gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;**
- gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;**
- gli infortuni subiti sul lavoro in miniera o in lavori subacquei o alla guida di mezzi di locomozione aerei;**
- le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;**
- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni.**

La garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato, diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace;

- inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche movimenti tellurici, salvo che l'assicurato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero. ed inoltre, con esclusivo riferimento alla garanzia "Indennità per la cura in caso di ricovero, intervento chirurgico e parto" l'assicurazione non è operante per:**
- le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nei 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del contratto;**
- le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
- le prestazioni sanitarie, e le cure, dietetiche e termali;**
- le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza;**
- l'aborto volontario non terapeutico;**
- day hospital e ricoveri con finalità diagnostica;**
- la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;**
- le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, qualora non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza.**

Art. 21 – Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano la propria dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. 22 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 cod. civ.





Denuncia e gestione del sinistro

Art. 23 – Cosa fare in caso di sinistro - Indennità per la cura in caso di ricovero, intervento chirurgico e parto

L'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, deve dare avviso del sinistro a TUA telefonando al numero verde 800.833.800, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto la possibilità o conoscenza.

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del d. lgs. 196/03.

TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione della copia conforme della cartella clinica completa e, in caso di ricovero, del documento attestante l'avvenuto ricovero o scheda di dimissione ospedaliera.

Art. 24 – Cosa fare in caso di sinistro - Gravi malattie

Entro 60 giorni dalla data della diagnosi della grave malattia, l'assicurato o, se impossibilitato un suo familiare, deve dare avviso del sinistro a TUA telefonando al numero verde 800.833.800.

Per la grave malattia "Ictus cerebrale" il termine di 60 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'assicurato del certificato di conferma della diagnosi, redatto da un neurologo e trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

La denuncia dovrà essere corredata dalla relativa documentazione medica (originale e fotocopie del parere medico rilasciato, originale della cartella clinica integrale, originale degli esami medici eventualmente eseguiti).

La grave malattia si considera insorta nel momento in cui viene diagnosticata, e quindi, alla data indicata nella documentazione medica fornita dall'assicurato al momento della denuncia.

Art. 25 - Verifica dell'indennizzabilità garanzia "Gravi malattie"
TUA verifica la diagnosi della grave malattia entro 30 giorni dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, TUA ne darà comunicazione scritta all'assicurato e il termine di 30 giorni decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione medica completa.

Per le malattie:

- ictus cerebrale
- sclerosi multipla
- malattia del motoneurone
- malattia di Alzheimer
- morbo di Parkinson

in cui ai fini dell'indennizzabilità è necessario valutare la percentuale di invalidità permanente dell'assicurato o comunque le sue

condizioni generali di salute, il termine di 30 giorni decorre dalla data di effettuazione dell'accertamento medico-legale cui TUA sottopone l'assicurato.

Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del d. lgs. 196/03.

Ove TUA non ritenga liquidabile il sinistro ne darà tempestiva comunicazione all'assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

Art. 26 – Determinazione dell'indennizzo ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. Nel caso di disaccordo fra i suddetti, questi ne eleggeranno un terzo e le decisioni saranno prese a maggioranza.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre, l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissidente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziarica.

Art. 27 – Pagamento dell'indennizzo

TUA, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Elenco 1 - Definizioni di grave malattia

Ai fini della garanzia "Gravi malattie" di cui all'Art. 16, le gravi malattie in essa previste sono definite come segue:

Coma

Perdita delle funzioni cerebrali caratterizzata dalla totale mancanza di reazione agli stimoli esterni. Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi confermata da un medico specialista;
- lo stato di coma deve persistere in modo continuato con l'uso di sistemi di rianimazione da un periodo di almeno 96 ore e risultare danni neurologici permanenti.

Sono esclusi:

- il coma artificiale quale metodo di terapia;
- il prolungamento del coma per ragioni terapeutiche;
- il coma risultante dall'uso di alcool ovvero droghe.

Ictus cerebrale

Episodi **ischemico-emorragici**¹ causati da rottura o **trombosi**² di un'arteria cerebrale (interruzione della circolazione sanguigna in una o più aree del cervello), con la conseguenza di rilevanti deficit funzionali permanenti e/o lesioni organiche cerebrali gravi. Deve

¹ **Ischemia-emorragica - Ischemia:** insufficiente vascolarizzazione di un tessuto conseguente ad afflusso sanguigno arterioso insufficiente o assente. **Emorragia:** fuoriuscita di sangue da un vaso a seguito di una lesione o processo patologico del vaso stesso pregiudicante l'integrità del sistema circolatorio.

² **Trombosi:** formazione di un trombo, ossia un coagulo di sangue che si forma nel sistema circolatorio in presenza di diatesi (predisposizione, costituzionale ereditaria e/o acquisita, dell'organismo a reazioni patologiche) trombotica. Nelle arterie si ha di solito l'insorgenza sulle pareti, mentre nelle vene si formano soprattutto in corrispondenza delle valvole.





essere soddisfatta la seguente condizione: la diagnosi deve essere provata dal risultato di una TAC (tomografia assiale computerizzata), di una risonanza magnetica (MRI = Magnetic Resonance Imaging) o da un esame simile, dal quale si rilevi che vi sia stato un infarto del tessuto **cerebrale**³, oppure un'**emorragia intracraniale o subaracnoideale**⁴, oppure un'embolia cerebrale, e deve causare paralisi o paresi, comportanti deficit funzionali permanenti tali da causare un'invalidità permanente non inferiore al 70% della globale validità psicofisica calcolata in base alle tabelle INAIL indicate nel D. lgs. n° 38 del 2000. La diagnosi deve essere confermata da un neurologo trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

Sono esclusi:

- **attacchi ischemici transitori**⁵
- **deficit neurologici reversibili;**
- **emicranie;**
- **lesioni cerebrali da traumi o ipossia;**
- **disturbi della visione o dell'equilibrio dovuti a malattie o lesioni degli occhi, dei nervi ottici o dell'apparato vestibolare**⁶.

Infarto miocardico

Necrosi (perdita d'ogni funzione vitale) di una porzione variabile del muscolo cardiaco dovuta a una completa interruzione, improvvisa e persistente del flusso sanguigno in un ramo delle coronarie stesse. Deve essere soddisfatta la seguente condizione: diagnosi emessa da un cardiologo, che attesti la presenza dell'**acinesia**⁷ o della **discinesia**⁸ confermata dall'interpretazione dell'elettrocardiogramma, ecocardiogramma oppure da altro esame equivalente.

Inoltre deve essersi verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- sviluppo di un'onda Q almeno su due derivazioni del tracciato ECG (Q₁ ≥ 0.04 s oppure Q₁ > 0.25% dell'ampiezza dell'onda R);
- anomalie dell'elettrocardiogramma non specificate e associate a delle modificazioni significative degli enzimi cardiaci (CPK - MB e troponina).

La garanzia opera solo qualora sia accertato un rendimento **funzionale ergometrico**⁹ con deficit di almeno il 35% o **frazione di eiezione**¹⁰ inferiore al 45%, anche in assenza di aritmie di rilievo.

Sono escluse:

- **angina pectoris sia nella forma stabile che instabile;**
- **il solo aumento di Troponina**¹¹ **non è considerato condizione sufficiente alla diagnosi di infarto.**

Insufficienza renale

Alterato stato cronico e irreversibile della funzionalità renale, che sia sottoposto a trattamento dialitico (emodialisi e **dialisi peritoneale**¹²) extracorporeo continuo o di trapianto renale o di entrambe le situazioni, in successione. Deve essere soddisfatta la seguente condizione: il trattamento dialitico deve essere attestato da un medico specialista nefrologo appartenente alla struttura presso il quale è eseguito il trattamento. È esclusa **l'insufficienza renale in**

stadio di compensazione¹³. Il sinistro è indennizzabile una volta iniziata la dialisi o effettuato il trapianto del rene.

Malattia del motoneurone

Malattia di causa sconosciuta che provoca una degenerazione delle **cellule di Betz**¹⁴, delle **fibre piramidali**¹⁵, dei nuclei dei nervi cranici e delle cellule delle corna anteriori del midollo spinale. Possono essere colpiti sia il primo sia il secondo motoneurone. Si distinguono tre forme: **sclerosi laterale amiotrofica**¹⁶, **atrofia muscolare progressiva**¹⁷, paralisi bulbare.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi emessa da un neurologo;
- incapacità di svolgere, senza l'assistenza di una terza persona, tre o più delle seguenti attività della vita quotidiana: igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale), vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), muoversi (capacità di muoversi da una stanza a un'altra all'interno della residenza abituale), nutrirsi (capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile), usare i servizi igienici (capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici), continenza (capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche).

Sono escluse le lesioni nervose di origine infiammatoria o tossica.

Malattia di Alzheimer

Patologia degenerativa progressiva del cervello, caratterizzata da atrofia diffusa della corteccia cerebrale, che comporta chiari cambiamenti istopatologici¹⁸.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- danno permanente e irreversibile delle funzioni cerebrali dovute a questa malattia;
- perdita delle capacità cognitive comprovata da test standard;
- incapacità di svolgere, senza l'assistenza di una terza persona, tre o più delle seguenti attività della vita quotidiana: igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale), vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), muoversi (capacità di muoversi da una stanza a un'altra all'interno della residenza abituale), nutrirsi (capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile), usare i servizi igienici (capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici), continenza (capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche).

Sono escluse: demenze tipo Alzheimer che non comportano quanto indicato nel paragrafo precedente.

Morbo di Parkinson

Progressiva degenerazione del sistema nervoso centrale dovuta al morbo di Parkinson.

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi di **morbo di Parkinson idiopatico**¹⁹ emessa da neurologo;
- chiari segni di progressivo peggioramento;

³ **Infarto del tessuto cerebrale:** degenerazione (necrosi) circoscritta dell'encefalo in seguito a un arresto locale del flusso sanguigno che porta a ischemia (vedi nota 1) a causa di un'ostruzione dell'arteria nel caso in cui venga a mancare una circolazione collaterale che compensi l'ostruzione, contrassegnata da sindrome neurologica la cui regressione è incompleta o assente

⁴ **Emorragia intracraniale o subaracnoideale:** emorragia localizzata in sede intracerebrale o nello spazio subaracnoideo (spazio localizzato sotto la membrana meningea media, situata tra dura madre e pia madre).

⁵ **Attacchi ischemici transitori:** altrimenti detti **TIA**, trattasi di ischemia (vedi nota 1) cerebrale transitoria i cui sintomi neurologici tendono a scomparire al più tardi entro le 24 ore, senza lasciare alterazioni morfologiche di rilievo.

⁶ **Apparato vestibolare:** unità funzionale preposta al senso dell'equilibrio, costituita dal sistema dei canali semicirculari, dal sacco e dall'utricolo, dai nuclei vestibolari, dalle connessioni con il cervelletto, nuclei del tronco encefalico e midollo spinale.

⁷ **Acinesia:** mancanza del movimento, rilevabile dall'ecocardiografia, della parete del ventricolo sinistro durante la fase sistolica (contrazione).

⁸ **Discinesia:** alterazione o disfunzione del movimento, rilevabile dall'ecocardiografia, della parete del ventricolo sinistro durante la fase sistolica (contrazione).

⁹ **Rendimento funzionale ergometrico:** parametro funzionale valutabile con test specifici, quali il test al cicloergometro.

¹⁰ **Eiezione:** parametro strumentale, valutabile all'ecocardiografia, che definisce l'effettiva capacità di eiezione del cuore (valore normale > 65%).

¹¹ **Troponina:** proteina di regolazione contenuta nei filamenti di actina dei muscoli, responsabile della sensibilità al calcio delle proteine contrattili.

¹² **Dialisi peritoneale:** dialisi intracorporea attuata mediante un catetere peritoneale che permette al liquido di dialisi di affluire nel peritoneo e, quindi, scaricato all'esterno (attraverso un procedimento di osmosi).

¹³ **Insufficienza renale in stadio di compensazione:** alterazione della funzionalità renale con indicatori laboratoristici e strumentali di compensazione funzionale e che non necessita comunque di trattamento dialitico e/o di trapianto renale.

¹⁴ **Cellule di Betz:** grosse cellule nervose piramidali del neopallio (V strato), i loro cilindri costituiscono talora fibre del tratto corticospinale.

¹⁵ **Fibre piramidali:** fascio di fibre del tratto piramidale, o corticospinale, che originano dalle cellule piramidali giganti localizzate nella circonvoluzione precentrale della corteccia telencefalica. Discendono attraverso il ginocchio e il braccio posteriore della capsula interna, il piede del peduncolo cerebrale (mesencefalo) e del ponte del bulbo, raccogliendosi a questo livello centralmente nelle piramidi.

¹⁶ **Sclerosi laterale amiotrofica:** malattia che interessa selettivamente le cellule motrici del SNC, sia i neuroni da cui originano i fasci cortico-bulbo-spinali, sia le cellule dei nervi motori dei nervi cranici che quelle delle corna anteriori del midollo spinale. Ciò comporta un'**atrofia progressiva** delle masse muscolari con paresi e segni di compromissione del sistema piramidale quali spasticità e accentuazione dei riflessi osteotendinei. Il decorso è cronico-progressivo, con decesso dopo 2-7 anni per (pseudo-) paralisi bulbare.

¹⁷ **Atrofia muscolare progressiva:** vedi nota 16.

¹⁸ **Cambiamenti istopatologici:** alterazioni strutturali a carico del tessuto cerebrale caratterizzate da atrofia della corteccia cerebrale con placche e degenerazione neurofibrillare.

¹⁹ **Morbo di Parkinson idiopatico:** patologia spontanea originatasi senza causa riconoscibile



- incapacità di svolgere, senza l'assistenza di una terza persona, tre o più delle seguenti attività della vita quotidiana: igiene personale (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale), vestirsi (capacità di indossare e togliersi correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali), muoversi (capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale), nutrirsi (capacità di consumare cibo, già cucinato e reso disponibile), usare i servizi igienici (capacità di recarsi al bagno, e di usare correttamente i servizi igienici), continenza (capacità di gestire le funzioni intestinali e le funzioni della vescica mediante l'uso di indumenti protettivi o di appropriate apparecchiature chirurgiche).

Sono esclusi: Parkinson, o sintomi di tipo Parkinson, causati da patologie vascolari, o da abuso di alcool, o da uso di droghe o farmaci, o da altre cause tossiche²⁰.

Sclerosi multipla

Patologia del sistema nervoso cronica ed evolutiva, caratterizzata dalla presenza di **placche di demielinizzazione²¹** diffuse in diverse aree del Sistema Nervoso Centrale (cervello e midollo spinale).

Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- diagnosi stabilita da un neurologo e validata dal risultato di una MRI (Magnetic Resonance Imaging) che confermi il processo di demielinizzazione del cervello e del midollo spinale;
- deve essere accertata un'invalidità permanente non inferiore al 70% della globale validità psicofisica calcolata in base alle tabelle INAIL, come indicate nel D. lgs n° 38 del 2000.

Sono escluse le lesioni al sistema nervoso centrale dovute ad altre cause (es.: malattie dei vasi sanguigni, malattie batteriche, malattie virali).

Trapianto d'organo

Malattie che determinano la necessità di un trapianto d'organo, quindi l'iscrizione a una lista d'attesa di trapianto.

Deve essere soddisfatta la seguente condizione: è coperto il trapianto, o l'iscrizione, successiva alla sottoscrizione del presente contratto, nella lista ufficiale d'attesa di trapianto, per i seguenti organi: cuore (trapianto completo), polmone, fegato, rene, pancreas, e midollo osseo.

Sono esclusi: trapianti di cute e annessi, di cornea, d'insule pancreatiche²², nonché di tutti gli altri organi o parti d'organo e tessuti che non siano sopra elencati.

Tumore maligno

Accrescimento progressivo di tessuto, determinato da una proliferazione cellulare incontrollata senza scopo reattivo o riparativo, che invade il tessuto originale, oltre a quelli contigui, potendosi propagare a distanza attraverso metastasi. Sono considerati tumori maligni anche le leucemie (con esclusione della **leucemia linfoblastica cronica²³** che abbia uno **stadio inferiore a RAI 3²⁴** oppure che si trovi in uno stadio Binet A oppure B²⁵), e i **linfomi²⁶**. Deve essere

soddisfatta la seguente condizione: la diagnosi emessa dal medico curante, istologicamente confermata e seguita da trattamenti specifici, quali intervento chirurgico, chemioterapia, radioterapia e cure ormonali.

Sono esclusi:

- **tumori in situ (comprese le displasie della cervice uterina classificate negli stadi CIN1, CIN2 e CIN3²⁷ oppure quelli che sono istologicamente classificati come premaligni. Il carcinoma in situ della mammella è coperto solo nel caso in cui si sia resa necessaria l'asportazione completa della stessa (mastectomia totale);**
- **tumori della pelle a eccezione dei melanomi invasivi che vengano classificati con un Livello di Clark 3²⁸ o superiore - stadi Ajcc, oppure che abbiano uno spessore superiore a 1,5 millimetri;**
- **ipercheratosi²⁹ oppure epitelomi basocellulari³⁰ (BCC) della pelle e epitelomi squamocellulari³¹ (SCC) all'infuori di quelli che abbiano metastatizzato;**
- **tumori della prostata che siano istologicamente classificati, secondo il sistema TNM³², in uno stadio T2N0M0³³ inferiore o equivalente ad altri tipi di classificazione in uso, oppure quelli classificati con un grado di Gleason 6³⁴ o di grado inferiore;**
- **tumori maligni in pazienti contagiati da virus HIV;**
- **carcinomi intraduttali³⁵ non invasivi della mammella;**
- **polipi intestinali;**
- **carcinomi della vescica³⁶ urinaria limitati al I stadio.**

te, frequentemente polistazionale e spesso a rapida crescita, frequente coesistenza di epato e/o splenomegalia o, più raramente, interessamento di alcuni organi o tessuti (ad esempio tratto gastroenterico, cute, testicoli, mammella ecc.) e presenza di cellule linfatiche maligne nel tessuto biopsiato.

²⁷ **Displasie della cervice uterina classificate negli stadi CIN1, CIN2 e CIN3:** Cervical Intraepitelial Neoplasia (Neoplasia Intraepiteliale della Cervice), atipie epiteliali nell'epitelio pavimentoso del collo dell'utero. Si distinguono 3 gradi di displasia dell'epitelio pavimentoso: CIN1, CIN2 e CIN3 che indicano rispettivamente una displasia di grado lieve, moderata e severo o carcinoma in situ.

²⁸ **Livello di Clark:** è una valutazione della invasività del melanoma basata sull'anatomia della cute. Si distinguono 5 livelli: I livello: melanoma confinato al di sopra della membrana basale (epidermide, epitelio follicolari e annessiali), in situ; II livello: invasione discontinua del derma papillare; III livello: invasione massiva del derma papillare fino al confine col derma reticolare; IV livello: invasione del derma reticolare; V livello: invasione dell'ipoderma. Il derma papillare si distingue dal reticolare perché è più lasso e costituito da collagene sottile e verticale. Il derma reticolare è più compatto, costituito da bande collagene sono più spesse e orizzontali; contiene la parte secerente delle ghiandole eccrine. Sistema proposto dalla American Joint Committee on Cancer (AJCC).

²⁹ **Ipercheratosi:** ipertrofia dello strato corneo della cute, sottoforma di ipercheratosi proliferante (dovuta a una formazione eccessiva di cheratoproteine o cheratinizzazione; ispessimento dello strato granuloso) oppure ipercheratosi ritentiva (desquamazione ridotta; per esempio nella ittiosi volgare).

³⁰ **Epitelioma basocellulare:** tumore maligno cutaneo composto da cellule simili a quelle dello strato basale dell'epidermide e delle strutture epiteliali degli annessi cutanei, spesso isolato ma è possibile il suo riscontro in elementi multipli. In fase iniziale si presenta spesso come una piccola papula traslucida, appena rilevata, a crescita lenta e progressiva. In fase conclamata si possono distinguere alcuni tipi clinici: nodulare, superficiale e morfeiforme.

³¹ **Epitelioma squamocellulare:** tumore maligno derivato dai cheratinociti dell'epidermide e dell'epitelio degli annessi cutanei, più comune nel sesso maschile su aree cutanee fotosposte e in soggetti con cute chiara. La neoplasia è meno frequente del basocellulare, ma ha potenziale aggressivo locale superiore e maggiore tendenza a metastatizzare. In fase iniziale è una lesione papulosa o nodulare di colore rosa-rosso, irregolare a margini sfumati, mentre in fase avanzata è una placca o un nodulo con superficie crostosa o ulcerata.

³² **Sistema TNM:** metodo utile a classificare il grado di estensione della malattia neoplastica (classificazione o stadiazione TNM). È una misura preoperatoria, clinica e postchirurgica dell'estensione della malattia neoplastica: si determina la dimensione e la progressione del tumore (T), la sede e il grado di infiltrazione loco-regionale, successivamente viene valutata la presenza di interessamento linfonodale (N) e la disseminazione (metastasi) ematogena (M) in altri organi. In base a questi parametri viene assegnato lo stadio.

³³ **Stadio T2N0M0:** quando il tumore è circoscritto alla prostata, ma è abbastanza voluminoso da essere palpabile all'esplorazione rettale o rilevabile all'ecografia, con assenza di metastasi linfonodali o a distanza. Spesso è asintomatico.

³⁴ **Gleason 6:** l'aspetto delle cellule tumorali al microscopio e l'aggressività del tumore, ossia la rapidità con cui questo tende a crescere, sono convenzionalmente espressi tramite un sistema di valutazione che prende il nome di grading. Il metodo più usato è la scala di Gleason, che tiene conto del modo in cui le cellule tumorali sono disposte all'interno della prostata, che si riflette in un punteggio da 1 a 5, e valuta anche i due pattern più frequenti di crescita del carcinoma prostatico. Il punteggio complessivo è compreso tra 2 e 10. Secondo la scala di Gleason, più basso è il punteggio, più basso è il grado del tumore. I carcinomi con grading basso (2-4) sono di solito a crescita lenta e hanno una minore tendenza a diffondere; quelli con un punteggio di 5-7 hanno un grading moderato, mentre quelli con punteggio di 8-10, hanno un grading elevato e sono molto aggressivi.

³⁵ **Carcinoma intraduttale:** tumore maligno intraepiteliale, non invasivo, che comprende altresì il clinging carcinoma o carcinoma adesivo.

³⁶ **Carcinoma della vescica:** tumore maligno, classificato come T1 - N0 - M0, che invade la sola sottomucosa della parete vescicale.

²⁰ **Altre cause tossiche:** un esempio è rappresentato dalla piridina: 1-metil-4-fenil-1,2,3,6-tetraidropiridina chiamata più semplicemente MPTP e sostanze simili alla MPTP agiscono come tossine, provocando la morte delle cellule della sostanza nera e la successiva comparsa della malattia.

²¹ **Placche di demielinizzazione:** perdita della guaina mielinica, a confini irregolari, interessante in modo plurifocale la sostanza bianca dell'encefalo (dissoluzione delle guaine e proliferazione reattiva gliale).

²² **Insule pancreatiche:** trattasi delle isole di Langerhans, raggruppamenti di cellule presenti nel pancreas esocrino che contengono le cellule APUD produttori ormoni soprattutto glucagone, insulina e somatostatina.

²³ **Leucemia linfoblastica cronica:** neoplasia linfatica costituita dalla proliferazione di linfociti (G.B.) morfologicamente differenziati (maturi) e dal loro progressivo accumulo negli organi linfoidi periferici, nel midollo osseo e nel sangue periferico. Ha una incidenza crescente in rapporto all'età, con un picco nella sesta decade, è più frequente nel sesso maschile e l'eziologia è tuttora ignota purtuttavia l'insorgenza indica una probabile predisposizione genetica.

²⁴ **Stadio inferiore a RAI 3:** due differenti sistemi di stadiazione clinica: il sistema di Rai (1975) e il sistema di Binet (1977) utilizzati ai fini prognostici. I criteri clinici per inquadrare lo stadio RAI III sono: linfocitosi e anemia (Hb < 11 g/dL), con o senza epatosplenomegalie.

²⁵ **Stadio Binet A oppure B:** la classificazione prognostica secondo Binet si basa su criteri ematologici e clinici: nello stadio A vi è l'interessamento di 2 sedi anatomiche, mentre nello stadio B di 3 o più sedi.

²⁶ **Linfomi:** malattia immunoproliferativa di cellule immunologicamente attive che si distingue classicamente in linfoma di Hodgkin, caratterizzato da linfomegalia, unica o multipla, non dolente, frequentemente monostazionale e con dimensioni variabili nel tempo, frequente presenza di uno o più segni sistemici (febbre, sudorazione notturna, perdita di peso), e linfoma non-Hodgkin caratterizzato da linfomegalia, unica o multipla, non dolente



Elenco 2 - Importo indennizzi

A termini della garanzia "Indennità per la cura in caso di ricovero, intervento chirurgico e parto" di cui all'art. 17, sono riportati nell'elenco che segue gli importi degli indennizzi previsti per i casi di intervento chirurgico e/o parto. Per tutti i casi in esso non previsti, diversi da quelli di ricovero senza intervento chirurgico o parto, si conviene l'importo di 500 euro.

DRG	Descrizione	Indenn. euro
Malattie e disturbi del sistema nervoso		
001	Craniotomia età > 17 eccetto per traumatismo	2.000
002	Craniotomia età > 17 per traumatismo	1.000
003	Craniotomia età < 18	1.000
004	Interventi sul midollo spinale	1.000
007	Interventi su nervi periferico e cranici e altri interventi su sistema nervoso con complicazioni	1.000
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola		
049	Interventi maggiori sul capo e sul collo	1.000
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio		
075	Interventi maggiori sul torace	1.000
076	Altri interventi sull'apparato respiratorio, con complicazioni	1.000
103	Trapianto cardiaco	2.000
104	Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco	2.000
105	Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco	2.000
106	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco	2.000
107	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco	2.000
108	Altri interventi sul sistema cardiovascolare	2.000
110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, con complicazioni	2.000
111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare, senza complicazioni	1.000
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	1.000
113	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	2.000
114	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	1.000
115	Impianto pacemaker cardiaco permanente con ima, insufficienza cardiaca o shock	2.000
116	Altri interventi per impianto pacemaker card permanente o defibrillatore automatico o generatore di impulsi	1.000
118	Sostituzione di pacemaker cardiaco	1.000
120	Altri interventi sull'apparato circolatorio	1.000
478	Altri interventi sul sistema cardiovascolare, con complicazioni	1.000
Malattie e disturbi dell'apparato digerente		
146	Resezione rettale, con complicazioni	1.000
147	Resezione rettale, senza complicazioni	1.000
148	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue, con complicazioni	1.000
150	Lisi di aderenze peritoneali, con complicazioni	1.000
154	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 con complicazioni	2.000
170	Altri interventi sull'apparato digerente, con complicazioni	1.000
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas		
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con c complicazioni	2.000
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza complicazioni	1.000
193	Interventi vie biliari, ecc colecistectomia isolata con/ senza esplorazione del dotto biliare comune con complicazioni	1.000
194	Interventi vie biliari, ecc colecistectomia isolata con/ senza esplorazione del dotto biliare comune senza c complicazioni	1.000
195	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune, con complicazioni	1.000
199	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	1.000
200	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	1.000
201	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	1.000
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo		
209	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	1.000
210	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età >17 con complicazioni	1.000
213	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	1.000
214	Interventi su dorso e collo, con complicazioni	1.000
217	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per	1.000

DRG	Descrizione	Indenn. euro
	malattie muscolari e connettive	
218	Interventi arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 con complicazioni	1.000
233	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con complicazioni	1.000
471	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	2.000
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella		
263	Trapianti di pelle e/o sbrigliamento per ulcere della pelle o cellulite con complicazioni	1.000
Malattie e disturbi endocrini, metabolici e nutrizionali		
285	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	2.000
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	1.000
287	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metabolismo	1.000
292	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con complicazioni	1.000
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie		
302	Trapianto renale	2.000
303	Interventi su rene, uretere e interventi maggiori su vescica, per neoplasia	1.000
304	Interventi su rene, uretere e interventi maggiori su vescica, non per neoplasie con complicazioni	1.000
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	1.000
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile		
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	1.000
354	Intervento su utero e annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o annessi con complicazioni	1.000
357	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne di ovaio o annessi	1.000
Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario		
392	Splenectomia, età > 17	1.000
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate		
400	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori	2.000
401	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con complicazioni	1.000
406	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con complicazioni	2.000
Malattie infettive e parassitarie (Sistemiche o di sedi non specificate)		
415	Interventi chirurgici per malattie infettive e parassitarie	1.000
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci		
442	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con complicazioni	1.000
Ustioni		
458	Ustioni non estese con trapianto di pelle	2.000
472	Ustioni estese con intervento chirurgico	2.000
Traumatismi multipli rilevanti		
484	Craniotomia per traumatismi multipli rilevanti	2.000
485	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti	2.000
486	Altri interventi chirurgici per traumatismi multipli rilevanti	2.000
Altri D.R.G.		
480	Trapianto di fegato	2.000
481	Trapianto di midollo osseo	2.000
482	Tracheostomia per disturbi orali, laringei o faringei	2.000
483	Tracheostomia eccetto per disturbi orali, laringei o faringei	2.000
999	Altri d.r.g. non compresi nei precedenti	500

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

