

IGEA

Polizza per le garanzie sanitarie



Antonveneta Assicurazioni
Antonveneta S.p.A.
Via Roma, 1
30137 Padova - Italia
Tel. 049 847 822
Fax 049 841 822

Capitale sociale interamente
versato - n. 167.000.000
RIS. 1000 n. 100000
Reg. Imp. 2000
n. 0000000021
C.A.B. n. 01000000000

Impresa autorizzata all'esercizio
della assicurazione per danni
del Settore dell'Industria,
della commercio e dell'artigianato
del 1° gennaio 1991
C.A.B. n. 010

CONV.
L. 10/01/90
n. 10/01/90
SINAC
ANTONVENETA

Indice

Norme che regolano l'assicurazione	Pag.	3
Condizioni speciali	»	7
Elenco grandi interventi	»	7

Norme che regolano l'Assicurazione

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Assicurazione:	l'insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla polizza;
Contraente:	il soggetto che stipula la polizza;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Impresa:	la Antonveneta Assicurazioni SpA;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;
Indennità:	la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Malattia:	ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; sono considerati infortuni, l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore, nonché quelli sofferti in stato di malore o di incoscienza;
Grande Intervento Chirurgico e grave malattia:	ogni intervento chirurgico ed ogni malattia indicati nell'elenco n. 1 allegato alle presenti condizioni;
Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in Istituto di cura (pubblico o privato) autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
Day hospital:	ricovero in Istituto di cura (pubblico o privato) autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di degenza diurna che si protragga per almeno 5 ore consecutive;
Ingessatura:	mezzo fisso e rigido di contenzione costituito da fasce gessate o altro apparecchio comunque immobilizzante compresi i bendaggi elastici, ove risultino l'unico sistema adottabile ai fini curativi;
Franchigia:	la somma, determinata, in misura fissa, salvo quanto previsto dall'articolo 16, che, dedotta dall'indennità, resta, per ogni sinistro, a carico dell'Assicurato;
Scoperto:	la somma, espressa in valore percentuale, con eventuale importo minimo e/o massimo che, dedotta dall'indennità, resta, per ogni sinistro, a carico dell'Assicurato.

Art. 1 – Rimborso spese di ricovero

L'Impresa, fino alla concorrenza del massimale assicurato, rimborsa in caso di ricovero – con o senza intervento chirurgico – in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day hospital), o d'intervento chirurgico ambulatoriale, resi necessari da malattia, infortunio o parto cesareo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso);
- gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati, anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 90 giorni che precedono il ricovero con intervento chirurgico o l'intervento chirurgico ambulatoriale, oppure il ricovero senza intervento chirurgico, purchè di durata superiore a 3 giorni, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- le prestazioni effettuate da medici, gli esami diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi (praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista conseguito in una struttura pubblica o privata convenzionata con la struttura pubblica) e le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) effettuati nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del ricovero con intervento chirurgico o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, oppure del ricovero senza intervento chirurgico, purchè di durata superiore a 3 giorni.

Le spese di cui sopra vengono rimborsate con i limiti di indennizzo previsti in polizza.

A scelta dell'Assicurato, le prestazioni sopra descritte, possono essere sostituite dalla corresponsione di un'indennità giornaliera, sostitutiva, di entità pari all'importo indicato in polizza per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo.

Qualora il ricovero non comporti intervento chirurgico, verrà applicata una franchigia di 3 giorni per ogni periodo di ricovero e per ogni periodo consecutivo di day hospital. L'indennità in presenza di tale fattispecie verrà quindi liquidata a partire dal quarto giorno di degenza. Il giorno di ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.

Qualora il ricovero in Istituto di cura si protragga oltre 15 giorni, l'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione fino ad un massimo del 50% delle spese effettivamente sostenute e documentate, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di cura che attesti il ricovero, nonché la data del suo inizio e presumibile termine.

L'anticipo delle spese può avere luogo qualora l'ammontare delle stesse al momento della richiesta sia non inferiore all'importo indicato in polizza.

Nel corso di una stessa annualità assicurativa, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non può superare il massimale assicurato.

Il rimborso delle spese di cui sopra, viene effettuato previa applicazione di una franchigia assoluta riportata in polizza.

Non si darà pertanto luogo a rimborso qualora le spese sostenute siano inferiori a predetta franchigia; se le stesse risultassero invece superiori il rimborso verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 2 – Assistenza in forma integrativa

- a) Qualora il Contraente richieda la garanzia di cui all'art. 1 in forma integrativa rispetto alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborserà le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato previa applicazione della franchigia prevista in polizza.
- b) Se invece, per qualsivoglia motivo, l'assistenza sanitaria pubblica non dovesse intervenire, l'Impresa rimborserà le spese complessivamente sostenute dall'Assicurato previa applicazione dello scoperto previsto in polizza.

Fermo quanto sopra il rimborso delle rette di degenza avverrà comunque fino alla concorrenza dell'importo giornaliero previsto in polizza.

Art. 3 – Garanzie integrative

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 1, l'Impresa garantisce inoltre le seguenti prestazioni integrative, le quali si intendono operanti alle condizioni previste in polizza:

a) Rimborso spese di trasporto – Rimborso spese per il rimpatrio della salma

L'Impresa rimborsa, in caso di ricovero in Italia, le spese di trasporto, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, a e dall'Istituto di cura e da un luogo di cura all'altro. In caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, verranno rimborsate le spese di trasporto effettuato con qualsiasi mezzo pubblico, purchè di linea, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero.

L'impresa rimborsa in caso di decesso all'estero, conseguente a uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il rimpatrio della salma.

b) Rimborso spese per trapianti di organi

L'Impresa rimborsa in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto, entro il limite del massimale.

c) Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica

L'Impresa rimborsa, per non più di 30 giorni per periodo assicurativo annuo, le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore in Istituto di cura pubblico o privato, o per l'assistenza infermieristica professionale notturna privata in Istituto di cura pubblico o privato.

L'Impresa garantisce inoltre il rimborso delle spese documentate per assistenza di personale infermieristico professionale privato al domicilio dell'Assicurato, sin al 30° giorno successivo a quello di cessazione di un ricovero con intervento chirurgico.

d) Rimborso spese per cure dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto dal successivo articolo 8, l'Impresa rimborserà, entro il limite del massimale di cui all'articolo 1 per periodo assicurativo annuo, le spese sostenute per le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche), purchè causate da infortunio.

e) Raddoppio per grandi interventi chirurgici e gravi malattie

In caso di ricovero reso necessario da un grande intervento chirurgico o da una grave malattia il massimale «rimborso spese di ricovero», deve intendersi raddoppiato.

f) Rimborso spese in caso di parto non cesareo

L'Impresa rimborsa, in caso di parto non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero.

Non è comunque prevista la corresponsione di una diaria sostitutiva.

g) Rimborso spese per l'assistenza e le cure del neonato

L'Impresa rimborsa, nei limiti del massimale assicurato in caso di parto indennizzabile a termini di polizza, le spese sostenute per l'assistenza medica e le cure al neonato fino al 30° giorno di vita, rese necessarie da malattia, anche congenita, o infortunio.

Art. 4 – Garanzie aggiuntive

Le garanzie che seguono si intendono operanti solo ed esclusivamente, se espressamente richiamate con apposita partita di polizza.

Rimborso spese per visite specialistiche

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza del massimale prescelto, le spese per visite e prestazioni specialistiche (ambulatoriali e/o domiciliari) non rientranti nelle prestazioni previste dall'art. 1 e in particolare, le spese per onorari medici, per le analisi ed esami diagnostici e di laboratorio pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati.

Sono sempre e comunque escluse le spese per visite odontoiatriche di qualsiasi natura. Per ogni prestazione rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto previsto in polizza. La presente garanzia è inoltre operante, solo ed esclusivamente se vengono prestate le garanzie di cui ai precedenti art. 1) o 2).

Indennità per ricovero ospedaliero, per convalescenza e ingessatura

L'Impresa corrisponde in caso di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di day hospital, per malattia e/o infortunio:

- un'indennità giornaliera prescelta per ciascun giorno di degenza (con esclusione dei casi di parto non cesareo e di aborto terapeutico o volontario) con un massimo di 300 giorni per evento e per anno assicurativo, considerando il giorno di ricovero e quello di dimissione come giorno unico agli effetti della liquidazione;
- un'indennità post-ospedaliera per convalescenza di pari importo per un numero di giorni uguale a quello della degenza, salvo che l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa. L'indennità verrà corrisposta all'Assicurato maggiorenne e purchè il ricovero sia stato superiore a 7 giorni completi. La garanzia non opera per il parto non cesareo, l'aborto terapeutico e volontario e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- un'indennità giornaliera di pari importo per lesioni comportanti una immobilizzazione gessata per tutto il periodo dell'ingessatura e con il limite di 120 giorni per evento e per periodo assicurativo annuo. Tale indennità non verrà corrisposta durante il periodo di degenza ospedaliera, assorbendo quella relativa alla convalescenza finchè coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire quella di durata maggiore.

Art. 5 – Garanzie prestate per l'intero nucleo familiare

Qualora il Contraente abbia richiesto la validità delle garanzie per l'intero nucleo familiare, il massimale relativo al rimborso delle spese di ricovero in Istituto di cura pubblico o privato, quelli relativi alle garanzie integrative ed alle eventuali garanzie aggiuntive, devono intendersi come massima disponibilità per l'intero nucleo familiare assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che abbiano a verificarsi nel corso dello stesso periodo assicurativo annuo.

Art. 6 – Estensioni territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art 7 – Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto:

- in caso di infortunio, dalle ore 24 del giorno del perfezionamento del contratto;
- in caso di malattia, dal 30° giorno successivo a quello del perfezionamento del contratto;
- in caso di parto, di interruzione volontaria della gravidanza terapeutica e delle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal 300° giorno successivo a quello del perfezionamento del contratto;
- in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, purchè non conosciuti al momento di detta stipulazione o se conosciuti, purchè dichiarati all'Impresa, dal 180° giorno successivo a quello del perfezionamento del contratto.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24.00:

- del giorno di decorrenza della polizza sostituita per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
- del giorno di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Art. 8 – Delimitazione dell'assicurazione Esclusioni

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza; l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali malattie nel corso del contratto, con l'obbligo, per l'Impresa, di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto delle imposte.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici noti anteriormente alla stipulazione della polizza e sottaciuti all'Impresa, con dolo o colpa grave;
- le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso",

- le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od uso di allucinogeni nonché ad uso, non terapeutico, di psicofarmaci e stupefacenti;
- i ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- l'aborto volontario;
- le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le periodontopatie, salvo quanto previsto dall'articolo 3, lett. d);
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal precedente articolo 1;
- le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza, anche grave, dell'Assicurato;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- gli infortuni derivanti da guerre e insurrezioni; le garanzie comprendono, tuttavia, gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se, ed in quanto, l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 9 – Denuncia di sinistro

In caso di malattia o infortunio che non comportino ricovero ospedaliero il Contraente e/o l'Assicurato devono presentare, entro 15 giorni, denuncia scritta all'Impresa.

In caso di ricovero deve essere presentata denuncia scritta all'Impresa entro 15 giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di cura.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa.

Art. 10 – Criteri di liquidazione

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, a termini della presente polizza, su presentazione – in originale – delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate nonché di copia della cartella clinica completa. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata salvo quanto disposto dall'art. 1.

L'Impresa restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia al diritto di surrogazione, che possa competere per l'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

Art. 12 – Limite d'età

L'assicurazione potrà essere stipulata per persone che non abbiano compiuto il settantesimo anno di età.

Art. 13 – Foro competente

Foro competente, è l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, o se persona diversa, dell'Assicurato.

Art. 14 – Procedimento arbitrale

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni Parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 15 – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, spedita mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno.

Art. 16 – Adeguamento automatico dei capitali assicurati e del premio

Le somme assicurate, le franchigie poste a carico dell'Assicurato e il corrispondente premio sono ancorati all'indice "spese mediche" rappresentato dalla media dei numeri indice "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e rette cliniche" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica e ponderati con gli stessi pesi dal predetto Istituto.

L'indice iniziale sarà quello di febbraio dell'anno in corso per le polizze con decorrenza nel secondo semestre e dell'anno precedente per le polizze con decorrenza nel primo semestre.

Pertanto alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale od a quello dell'adeguamento attuato l'anno precedente, le somme assicurate, le franchigie e il corrispondente premio verranno aumentati o ridotti in proporzione.

L'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua e comunque solo se sarà rilasciata al Contraente l'apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento, che sarà quello del mese di febbraio precedente di almeno cinque mesi la scadenza della rata.

Nel caso che, in conseguenza della variazione degli indici, le somme assicurate, le franchigie ed il premio venissero a superare di almeno la metà gli importi inizialmente stabiliti, sarà facoltà del Contraente di chiedere il blocco dell'adeguamento della polizza, fissando le somme, le franchigie ed il premio al livello che avevano all'ultima scadenza.

Art. 17 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influenzano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto stabilito dall'articolo 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento di rischio.

Art. 18 – Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per il medesimo rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato è tenuto a dare avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra può consentire all'Impresa di non corrispondere l'indennizzo.

Art. 19 – Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione vanno sempre provate per iscritto.

Art. 20 – Oneri fiscali

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

Art. 21 – Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

Condizioni speciali

(Valide ed operanti se richiamate in polizza)

Franchigia assoluta

Se indicato in polizza, il rimborso delle spese di cui agli articoli 1 e 2, viene effettuato previa applicazione di una franchigia assoluta, prescelta dal Contraente di entità superiore a quella già prevista. In questo caso la nuova franchigia è da intendersi, relativamente all'art. 2, lettera b), quale minimo di scoperto.

Non si darà pertanto luogo a rimborso qualora le spese sostenute siano inferiori a predetta franchigia; se le stesse risultassero invece superiori il rimborso verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Esclusione della indennità giornaliera per convalescenza post-ospedaliera

A parziale modifica di quanto previsto dalla specifica Garanzia aggiuntiva, si conviene tra le Parti di escludere la garanzia della indennità giornaliera per convalescenza post-ospedaliera.

Esclusione della indennità giornaliera per ingessatura

A parziale modifica di quanto previsto dalla specifica Garanzia aggiuntiva, le Parti convengono di considerare inoperante la garanzia inerente alla indennità giornaliera conseguente a lesioni che comportino una ingessatura.

Elenco n. 1

Grandi interventi chirurgici

COLLO

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

ESOFAGO

Interventi con esofagoplastica

Interventi stomaco-duodeno

Gastroectomia totale

Gastroectomia allargata

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Mega-esofago e esofagite da reflusso

Cardioplastica

INTESTINO

Colectomia totale

RETTO – ANO

Interventi per neoplasie per retto-ano per via addomino-perineale

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare

Operazione per megacolon

Proctocolectomia totale

FEGATO

Derivazioni biliodigestive

Interventi sulla papilla di Water

Reinterventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS – MILZA

Interventi per pancreatite acuta

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Interventi per pancreatite cronica

Interventi per neoplasie pancreatiche

INTERVENTI SUL POLMONE

Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
- Correzione impianto anomalo coronarie;
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica;
- Correzione canale atrioventricolare completo;
- Finestra aorto-polmonare;
- Correzione di:
 - ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita
 - truncus arteriosus
 - coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese
 - stenosi aortiche infundibulari
 - stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot
 - tetralogia di Fallot
 - atresia della tricuspide
 - pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con "debanding"
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple;
- By-pass aortocoronarici multipli;
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- Aneurismi aorta toracica;
- Aneurismi aorta-addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc.)
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
Emisferectomia
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
Asportazione di processi espansivi del rachide extraintradurali extramidollari
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
Somatotomia vertebrale
Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

CHIRURGIA VASCOLARE

Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
Resezioni del sacro
Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
Disarticolazione interscapolo toracica
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
Resezioni artrodiapfisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
Empipectomia
Empipectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Vertebrotomia
Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Artrodesi per via anteriore
Interventi per via posteriore con impianti
Interventi per via anteriore senza impianti
Interventi per via anteriore con impianti

UROLOGIA

ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia ileo bladder
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

GINECOLOGIA

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

TRAPIANTI DI ORGANI:

Tutti

Gravi malattie

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di un porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

CORONAROPATIA

Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

MALATTIA ONCOLOGICA

Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano Morte del tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.

