

PIANO DI ASSISTENZA ANNUALE 2025

PREMESSA

Lo Statuto di AASSOD, associazione per l'assistenza sanitaria, sociale e odontoiatrica (di seguito denominata "Associazione") prevede l'adozione del Piano di Assistenza Annuale e, all'art. 29, ne disciplina il contenuto necessario;

il Regolamento dell'Associazione indica nel Piano di Assistenza Annuale lo strumento per:

- l'individuazione delle Prestazioni, intese come prestazioni assistenziali a valenza sociale e sanitaria, comprese quelle odontoiatriche, previste a favore dei Soci Ordinari;
- la definizione delle modalità di gestione e, nel caso di utilizzo di coperture assicurative, l'individuazione delle Compagnie di assicurazione di cui l'Associazione si avvale;
- l'individuazione della decorrenza delle Prestazioni;
- l'indicazione degli aspetti relativi a durata, misura, modalità di erogazione, condizioni di esigibilità e spettanza delle Prestazioni;
- l'individuazione dei tempi e delle modalità per l'identificazione dei Soci Ordinari e dei relativi Nuclei Familiari, se iscritti, nonché delle eventuali variazioni dei suddetti nominativi;

l'Associazione, per l'anno 2025, ha deciso di avvalersi della modalità di gestione "in forma indiretta", provvedendo alla sottoscrizione di polizze che prevedono l'erogazione delle prestazioni attivate con le coperture assicurative sottoscritte al momento della presentazione della domanda di iscrizione da parte del Socio Datore e ricomprese tra quelle descritte all'articolo 2;

l'Associazione ha individuato, come strumenti assicurativi per la gestione delle prestazioni, sia le polizze offerte dalle Compagnie assicurative del Gruppo Assicurativo Reale Mutua sia le polizze ovetali Compagnie partecipino nella ripartizione dei rischi, nonché le polizze offerte da Compagnie assicurative che si avvalgono dei servizi delle Società del Gruppo Reale Mutua, riservandosi la valutazione di eventuali sottoscrizioni di polizze con altre primarie Compagnie.

l'individuazione delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati e l'erogazione delle Prestazioni sarà gestita anche mediante Blue Assistance S.p.A., società leader nell'assistenza alla persona e alla famiglia, che potrà fornire al Socio Ordinario i seguenti servizi:

- call center;
- controllo amministrativo e medico sulla rimborsabilità delle Prestazioni;
- rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle prestazioni rimborsabili, nei limiti temporali ed economici previsti dalle coperture assicurative prescelte.

1. CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

I contributi associativi sono dovuti dai Soci Datori nella misura prevista ai successivi articoli 1.1 e 1.2 e sono comprensivi delle quote relative all'iscrizione dei Soci Ordinari.

1.1. Contributo una tantum per l'adesione all'Associazione

Il contributo "una tantum" è pari al due per cento del costo assicurativo delle garanzie prestate con un massimo di mille euro.

1.2. Contributo annuale

Per il primo anno di iscrizione:

il contributo annuale è pari al costo assicurativo delle garanzie prestate;

Per gli anni successivi:

il contributo annuale è pari al costo assicurativo delle garanzie prestate, con una maggiorazione del due per cento del costo assicurativo stesso; tale maggiorazione è calcolata con un massimo di mille euro.

2. NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI

Il Nomenclatore delle Prestazioni rappresenta l'elenco delle prestazioni che possono essere attivate dall'Associazione ed erogate ai propri iscritti.

Si precisa che le prestazioni operanti per ciascun Socio Datore e gli aspetti relativi a durata, misura, modalità di erogazione, limiti e condizioni di esigibilità e spettanza delle stesse sono definiti nelle coperture assicurative di cui l'Associazione si avvale, in conformità a ciascun contratto collettivo, accordo o regolamento aziendale e in relazione alla scelta operata dal Socio Datore. Il diritto alle Prestazioni decorre dalla data di attivazione delle coperture assicurative stesse, a condizione che il Socio Datore abbia provveduto al regolare versamento dei contributi previsti.

2.1. Prestazioni a valenza sanitaria, comprese quelle odontoiatriche

2.1.1. Prestazioni relative a ricoveri per interventi di alta chirurgia

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sanitarie connesse ad un ricovero per intervento di alta chirurgia.

Per spese connesse al ricovero si intendono tutte le spese sanitarie sostenute non solo durante il ricovero medesimo, ma anche in un determinato periodo antecedente e successivo allo stesso, per prestazioni specialistiche (visite, accertamenti, trattamenti, etc.) effettuate in previsione o in conseguenza del ricovero.

Qualora tutte le spese sanitarie sopra descritte siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, è possibile prevedere l'erogazione di un importo giornaliero per ciascun giorno di ricovero.

Sono inoltre attivabili le prestazioni opzionali per il rimborso delle spese relative a:

- trasporto su mezzo sanitario per l'istituto di cura o da un istituto di cura ad un altro;
- vitto e pernottamento in istituto di cura per un accompagnatore;
- spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero per intervento di alta chirurgia.

Per interventi di alta chirurgia si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti interventi:

- TRAPIANTO ED ESPIANTO DI ORGANI
- CHIRURGIA GENERALE

- Collo
 - Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale, mono o bilaterale
- Esofago
 - Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Torace
 - Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica
- Peritoneo
 - Intervento di asportazione di tumori retro peritoneali
- Stomaco - Duodeno - Intestino tenue
 - Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
 - Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- CARDIOCHIRURGIA
 - Ablazione transcateretere
- NEUROCHIRURGIA
 - Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- CHIRURGIA VASCOLARE
 - Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- CHIRURGIA PEDIATRICA
 - Trattamento dell'atresia dell'esofago
- CHIRURGIA ORTOPEDICA
 - Artrodesi grandi segmenti
- CHIRURGIA UROLOGICA
 - Nefrolitotrixxia percutanea (PVL)
- CHIRURGIA GINECOLOGICA
 - Vulvectomy allargata con linfadenectomy
- CHIRURGIA OCULISTICA
 - Vitrectomy anteriore e posteriore
- CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA
 - Parotidectomy con conservazione del facciale

2.1.2. Prestazioni relative a ricoveri per gravi patologie

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sanitarie connesse al ricovero per gravi patologie.

Per spese connesse al ricovero si intendono tutte le spese sanitarie sostenute non solo durante il ricovero medesimo, ma anche in un determinato periodo antecedente e successivo allo stesso, per prestazioni specialistiche (visite, accertamenti, trattamenti, etc.) effettuate in previsione o in conseguenza del ricovero.

Qualora tutte le spese sanitarie sopra descritte siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, è possibile prevedere l'erogazione di un importo giornaliero per ciascun giorno di ricovero.

Sono inoltre attivabili le prestazioni opzionali per il rimborso delle spese relative a:

- trasporto su mezzo sanitario per l'istituto di cura o da un istituto di cura ad un altro;
- vitto e pernottamento in istituto di cura per un accompagnatore;
- spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero per gravi patologie.

Per gravi patologie si intendono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- **INFARTO DEL MIOCARDIO**
Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:
 - o ripetuti dolori al torace;
 - o cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- **CORONAROPATIA**
Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
- **ICTUS CEREBRALE**
Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio.
- **CANCRO**
Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno.

2.1.3. Prestazioni relative a ricoveri per interventi chirurgici - interventi chirurgici in day hospital - interventi chirurgici ambulatoriali

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sanitarie connesse al ricovero (anche in regime di day hospital o ambulatoriale) per intervento diverso da quello di cui ai punti precedenti.

Per spese connesse al ricovero si intendono tutte le spese sanitarie sostenute non solo durante il ricovero medesimo, ma anche in un determinato periodo antecedente e successivo allo stesso, per prestazioni specialistiche (visite, accertamenti, trattamenti, etc.) effettuate in previsione o in conseguenza del ricovero (anche in regime di day hospital o ambulatoriale).

Qualora tutte le spese sanitarie sopra descritte siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, è possibile prevedere l'erogazione di un importo giornaliero per ciascun giorno di ricovero.

Si intendono normalmente compresi il parto cesareo e i casi di aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico.

Sono inoltre attivabili le prestazioni opzionali per il rimborso delle spese relative a:

- trasporto su mezzo sanitario per l'istituto di cura o da un istituto di cura ad un altro;
- vitto e pernottamento in istituto di cura per un accompagnatore;
- spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero per intervento chirurgico.

2.1.4. Prestazioni relative a ricoveri senza interventi chirurgici

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sanitarie connesse a ricovero senza intervento chirurgico, parto non cesareo (anche domiciliare), terapie mediche in day hospital.

Per spese connesse al ricovero si intendono tutte le spese sanitarie sostenute non solo durante il ricovero medesimo, ma anche in un determinato periodo antecedente e successivo allo stesso, per prestazioni specialistiche (visite, accertamenti, trattamenti, etc.) effettuate in previsione o in conseguenza del ricovero.

Qualora tutte le spese sanitarie sopra descritte siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, è possibile prevedere l'erogazione di un importo giornaliero per ciascun giorno di ricovero.

Sono inoltre attivabili le prestazioni opzionali per il rimborso delle spese relative a:

- trasporto su mezzo sanitario per l'istituto di cura o da un istituto di cura ad un altro;
- vitto e pernottamento in istituto di cura per un accompagnatore;
- spese di rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero.

2.1.5. Prestazioni extraricovero - diagnostica e terapie di alta specializzazione

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute, in assenza di ricovero, per una serie di prestazioni diagnostico/terapeutiche di medio/alta specializzazione medica; tali prestazioni sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- angiografia;
- broncoscopia;
- chemioterapia;
- colonscopia (parziale o totale);
- emodialisi (per un massimo di 15 applicazioni per anno);
- esofagogastroduodenoscopia;
- ecocardiografia;
- elettrocardiografia secondo Holter;
- elettroencefalografia;
- esofagoscopia;
- gastroscopia;
- R.M.N. (risonanza magnetica nucleare);
- radioterapia (compresa cobaltoterapia).

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale vengono rimborsati i relativi tickets governativi.

2.1.6. Prestazioni extraricovero - accertamenti diagnostici

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute, in assenza di ricovero, per accertamenti diagnostici diversi da quelli di cui al punto precedente.

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale vengono rimborsati i relativi tickets governativi.

2.1.7. Prestazioni extraricovero - visite specialistiche

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute, in assenza di ricovero, per visite specialistiche.

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale vengono rimborsati i relativi tickets governativi.

2.1.8. Prestazioni extraricovero - trattamenti specialistici

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute, in assenza di ricovero, per trattamenti terapeutici, quali, ad esempio, le prestazioni fisioterapiche.

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale vengono rimborsati i relativi tickets governativi.

2.1.9. Prestazioni oculistiche

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute per l'acquisto di lenti per la correzione visiva (anche a contatto) e relativa montatura, la cui adozione sia resa necessaria da infortunio, da avvenuta infermità o da modifica del visus.

2.1.10. Prestazioni di assistenza odontoiatrica

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche (comprese protesi), ortodontiche e stomatologiche.

Le sezioni di copertura sono così individuate:

- Visita Specialistica - Igiene orale;
- Radiologia odontoiatrica e fotografie;
- Chirurgia orale;
- Conservativa;
- Parodontologia;
- Endodonzia;
- Gnatologia;
- Implantologia;
- Protesi fisse e rimovibili;
- Ortodonzia.

Il rimborso può essere effettuato in base alle prestazioni individuate nel Nomenclatore Tariffario della copertura assicurativa prescelta.

2.1.11. Prestazioni di medicina preventiva

Rimborso o pagamento diretto alle strutture o ai medici convenzionati delle spese sostenute per una serie di accertamenti diagnostici e visite specialistiche volti alla diagnosi precoce delle malattie ed alla prevenzione; tali accertamenti e visite sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- per i neonati fino ai 6 mesi di età: ecografie alle anche;
- per i maggiori di 6 mesi e minori di 15 anni: visita specialistica fisiatrica;
- per i maggiori di 15 anni di età:
 - o analisi cliniche: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, cretinemia, GOT/GPT.
 - o diagnostica per immagini: Rx torace in 2 proiezioni, mammografia.
 - o esami strumentali: pressione arteriosa.
- visite specialistiche di prevenzione, cardiologica, oculistica, ginecologia, urologia.

2.1.12. Prestazioni relative a farmaci

Rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di farmaci la cui assunzione è resa necessaria da infortunio e/o malattia ed è certificata da prescrizione medica.

2.1.13. Prestazioni relative a protesi e apparecchi ortopedici e/o acustici

Rimborso delle spese sostenute per protesi e apparecchi ortopedici e/o acustici resi necessari a seguito di infortunio e/o malattia.

2.1.14. Prestazioni di assistenza infermieristica domiciliare

Rimborso delle spese sostenute per assistenza infermieristica professionale fornita a domicilio.

2.1.15. Prestazioni di assistenza fisioterapica domiciliare

Rimborso delle spese sostenute per la fisioterapia effettuata al domicilio resa necessaria a seguito di infortunio e/o malattia

2.1.16. Prestazioni di videoconsulto medico

Consulenza medica tramite piattaforma digitale, resa necessaria a seguito di ricovero per infortunio e/o malattia

2.1.17. Prestazioni di videoconsulto psicologico

Consulenza psicologica tramite piattaforma digitale, resa necessaria a seguito di ricovero per infortunio e/o malattia

2.1.18. Prestazioni relative a non autosufficienza

Riconoscimento di una prestazione finanziaria (rendita/capitale) o di servizio, al verificarsi di una condizione di non autosufficienza, conseguente alla sopravvenuta incapacità certificata di svolgere autonomamente le consuete attività di vita quotidiana.

Tra i servizi possono essere compresi, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Consegna farmaci e spesa a domicilio in caso di stato di non autosufficienza presso la residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto.
- Collaborazione domestica per l'aiuto domestico-familiare in caso di stato di non autosufficienza presso la residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto.

2.2. Prestazioni a valenza sociale

Erogazione di un indennizzo per il caso di:

- morte o invalidità totale e permanente derivante da qualsiasi causa;
- morte derivante da infortunio;
- morte derivante da malattia;
- invalidità permanente derivante da infortunio; l'indennizzo dipenderà dal grado di invalidità accertato.

A tale prestazione può essere abbinata:

- l'erogazione di un importo giornaliero in caso di temporanea incapacità fisica a svolgere le consuete attività lavorative;
- l'erogazione di una rendita.
- invalidità permanente derivante da malattia; l'indennizzo dipenderà dal grado di invalidità accertato.
A tale prestazione può essere abbinata l'erogazione di una rendita.
- diagnosi certa di una delle gravi patologie di seguito riportate:
 - cancro;
 - infarto;
 - ictus;
 - insufficienza renale;
 - sclerosi multipla;
 - malattia dei motoneuroni (compresa SLA);
- trapianto d'organo o innesto di by-pass aortocoronarico.

2.3. Prestazioni convenzionalmente escluse

Sono escluse tutte le Prestazioni non previste dal presente Piano di Assistenza e le Prestazioni non garantite dalle coperture assicurative individuate.

3. DOCUMENTAZIONE

3.1. ISCRIZIONE

Il datore di lavoro che intende iscriversi all'Associazione trasmette alla medesima la seguente documentazione:

- il modulo di adesione, corredato di:
 - o copia del contratto collettivo e/o accordo o regolamento aziendale, in conformità alle cui disposizioni intende iscrivere i propri dipendenti o soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, così come individuati all'art. 3 dello Statuto;
 - o informativa per gli aderenti alla Cassa AASSOD ai sensi dell'art 13 D. Lgs. 196/2003 (privacy). Con l'invio del modulo di adesione il datore di lavoro provvede al versamento dei contributi una tantum ed annuale;
- l'elenco dei dipendenti o soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, così come individuati all'art. 3 dello Statuto, nonché degli eventuali Nuclei Familiari, che intende iscrivere all'Associazione; tale elenco è trasmesso con l'ausilio di supporti informatici predisposti dall'Associazione, entro 60 (sessanta) giorni dall'invio del modulo di adesione.

L'iscrizione si intende accettata a semplice domanda dell'interessato, salvo il caso in cui venga comunicato espresso diniego da parte dell'Associazione entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento del modulo di adesione. In caso di diniego espresso, l'Associazione non è tenuta ad esplicitare le motivazioni di detto diniego.

3.2. VARIAZIONI

In caso di variazione dei Soci Ordinari iscritti, nonché degli eventuali Nuclei Familiari, il Socio Datore provvede ad aggiornare l'elenco degli stessi, mediante invio di supporti informatici contenenti le modifiche intervenute.

3.3. RINNOVI

A seguito della richiesta di contributi annuali per l'anno successivo da parte dell'Associazione, i Soci Datori provvedono al loro versamento nei termini stabiliti dalle coperture assicurative di cui l'Associazione si avvale.

In occasione di ogni rinnovo il Socio Datore conferma l'elenco dei Soci Ordinari, nonché degli eventuali Nuclei Familiari, mediante invio di supporti informatici contenenti tali informazioni.

3.4. ALLEGATO

- a) Modulo di adesione