

OPZIONE VETRO E LAMPADE 2024

QUOTA CONTRIBUTIVA

Il contributo annuale per l'OPZIONE VETRO E LAMPADE è il seguente:

TIPOLOGIA DI ASSISTITO	IMPORTO ANNUALE
Quota Azienda per lavoratore	€ 168,00
Quota Familiare ante 2024	€ 198,00
Quota Convivente ante 2024	€ 384,00

I. PREMESSA

Il Piano Sanitario reso disponibile dal Fondo FASIE per gli iscritti, opera in caso di **malattia o infortunio** avvenuto dopo la data di entrata in copertura del singolo Iscritto.

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, odontoiatriche e altre garanzie.

Il Fondo non prevede il rimborso in caso di:

1. Infortuni dovuti a tentato suicidio od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2. Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3. Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
4. Infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. Conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6. Conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
7. Conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
8. Spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel Settore V della 10 versione dell'International Classification of Diseases (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità);
9. Interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni; iv)

10. Cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale)
11. Cure e/o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;
12. Trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
13. Ricoveri in lungodegenza. Tale esclusione, in ogni caso, non trova applicazione con riferimento alla garanzia LONG TERM CARE individuata al paragrafo I del Nomenclatore;
14. Prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
15. Correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato; in particolare, in caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 3 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 5 diottrie.
16. Ricoveri impropri (i ricoveri nell'ambito dei quali vengono eseguiti esclusivamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnico-medica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale);

Le prestazioni sanitarie inserite nel Piano Sanitario sono dettagliate e consultabili di seguito.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO

Le coperture operanti a seguito di intervento chirurgico, riguardano solamente gli interventi compresi nell'elenco in allegato "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI".

A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN Day Hospital, Day surgery O IN REGIME AMBULATORIALE

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei **120 giorni prima** dell'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio; diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione); prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche; prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura; prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **primi 120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione). Sottomassimale 55€/45gg.

Trasporto di primo soccorso

Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato;
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro - per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro -, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

Assistenza Diretta

Il massimale previsto è 50.000,00 euro (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato 2).

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Sono previsti limiti di spesa annui pari a 10.000,00 euro con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 1.500,00 euro.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Il Fondo rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera il Regime di assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è **residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate**, il rimborso sarà effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura.

In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- **Assistenza diretta**
- **Regime rimborsuale**
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

- **Assistenza diretta:** scoperto del 15%
- **Regime rimborsuale:** scoperto del 15%
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** nessuno scoperto

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO

Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), il Fondo paga un'indennità di 80,00 euro per i primi 30 giorni di ricovero e di 100,00 euro per i successivi giorni per un massimo di 100 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. EXTRAOSPEDALIERE

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere

B.1 ALTA DIAGNOSTICA E TERAPIE

Sono compresi:

Alta Diagnostica di Immagine

- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Medicina Nucleare in Vivo

Diagnostica Radiologica Tradizionale

- Clisma opaco semplice e a doppio contrasto
- Colangiografia
- Colecistografia
- Mammografia
- Scialografia
- Urografia
- Tomografia (Stratigrafia) di Organi o Apparati
- Rx ortopantomica
- Rx di organo o apparato o colonna vertebrale totale anche senza mezzo di contrasto

Esami Contrastografici

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Colangiografia
- Isterosalpingografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

Diagnostica Strumentale

- Elettromiografia
- Elettroencefalogramma

Terapie

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

B.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta/ Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- 800,00 euro per anno
- condiviso con la garanzia “B.2 Visite Specialistiche” e “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici”.

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- **Assistenza Diretta/Regime rimborsuale:** massimo 5 prestazioni anno/persona.
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** nessuna limitazione.

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- **Assistenza Diretta:** franchigia di 70,00 euro.
- **Regime rimborsuale:** le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25%, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 65,00 euro.
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso del Ticket al 100%.

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE

Il Fondo paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche;
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta/ Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- 800,00 euro per anno
- condiviso con la garanzia “B.1 Visite Specialistiche” e “B.3 Ticket per accertamenti diagnostici”.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- **Assistenza Diretta**
- **Regime rimborsuale**
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- **Assistenza Diretta:** franchigia di 45,00 euro.
- **Regime rimborsuale:** le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato per un massimo di € 30,00 euro per prestazione.
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso del Ticket al 100%.

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

B.3 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

Il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è di 800,00 euro anno/iscritto, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Diagnostica e Terapie" e "B.2 Visite Specialistiche".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%.

B.4 PACCHETTO MATERNITA'

Il Piano sanitario, con finalità di tutela della maternità, provvede al rimborso delle spese sostenute in gravidanza relative alle seguenti prestazioni:

- **Accertamenti diagnostici ed analisi laboratorio;**
- **Visite di controllo ostetrico ginecologiche.**

B.4.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Il Fondo paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN;
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - i. per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione;
 - ii. per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.4.1.1 MASSIMALE

Il massimale previsto è di 500,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.4.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche".

B.4.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- **Assistenza Diretta**
- **Regime rimborsuale**
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

B.4.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- **Assistenza Diretta:** non previsti
- **Regime rimborsuale:** non previsti
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** non previsti

B.4.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Il Fondo paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia;
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale;
- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.4.2.1 MASSIMALE

Il massimale previsto anno/nucleo familiare è di 500,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.4.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.4.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- **Assistenza Diretta**
- **Regime rimborsuale**
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

B.4.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- **Assistenza Diretta:** non previsti
- **Regime rimborsuale:** non previsti
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** non previsti

B.5 LENTI (ESCLUSE LE MONTATURE)

Il Fondo paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura esclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

B.5.1 MASSIMALE

50,00 euro una tantum (una sola volta nel biennio 2024-2025) ad iscritto

B.5.2 REGIME DI EROGAZIONE

- Regime rimborsuale

B.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

B.6 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day-surgery o in day hospital

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra:

- ernia inguinale;
- vene varicose;
- fimosi;
- fistole anali;
- dito a scatto;
- idrocele;
- neuroma di Morton;
- orchidopessi;
- ragade anale;
- dacriocistorinostomia;
- intervento di cataratta;
- intervento per tunnel carpale;
- intervento per alluce valgo;
- intervento per varicocele;
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico e risultante dal referto operatorio;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento - necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- le rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente;

- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento);
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

B.6.1 MASSIMALE

- **Assistenza Diretta:** Il limite di spesa annuo a disposizione è di 1.500,00 euro per evento.
- **Regime rimborsuale:** Il limite di spesa annuo a disposizione è di 1.500,00 euro per evento.

B.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- **Assistenza Diretta**
- **Regime rimborsuale**
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

B.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

- **Assistenza Diretta:** Scoperto del 35%
- **Regime rimborsuale:** Scoperto del 35%
- **Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:** Rimborso del Ticket al 100%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

C. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Il Piano sanitario prevede il pagamento delle spese delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, ricovero e malattia.

C.1 FISIOTERAPIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il Fondo paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- in presenza di un **certificato di Pronto Soccorso**.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- *per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)*
- *eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)*
- *per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).*

C.1.1 MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di 400,00 euro per anno/iscritto, condiviso con la garanzia "C.2 Fisioterapia a seguito intervento".

POST INFORTUNIO

entro 30 GG dall'evento

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: Scoperto del 30%

Regime rimborsuale: il Fondo rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: Rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è **residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

C.2 FISIOTERAPIA A SEGUITO DI INTERVENTO

Il Fondo paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- *per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)*
- *eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)*
- *per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).*

C.2.1 MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di 400,00 euro per anno/iscritto, condiviso con la garanzia "C.1 Fisioterapia a seguito infortunio".

POST INFORTUNIO

entro 30 GG dall'evento

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: Scoperto del 30%

Regime rimborsuale: il Fondo rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: Rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è **residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

C.3 FISIOTERAPIA A SEGUITO DI MALATTIA

Il Fondo paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- *per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)*
- *eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)*
- *per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).*

C.3.1 MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di 100,00 euro per anno/iscritto.

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: Scoperto del 30%

Regime rimborsuale: il Fondo rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: Rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è **residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate**, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

D. ODONTOIATRIA

Il Fondo paga le spese per:

visita odontoiatrica e seduta di igiene orale 1 volta l'anno per iscritto.

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

D.1 MASSIMALE

Il massimale previsto per tale garanzia è di 45,00 euro per anno/iscritto.

D.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

- Assistenza Diretta: Scoperto 30%
- Regime rimborsuale: Scoperto 30%

E. ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il Fondo prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, ad esclusione dei lavoratori del settore Ceramiche, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai Titolari del vincolo associativo, come descritto nell'Allegato "ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA".

Il contributo erogato per i lavoratori che applicano il CCNL Vetro/Lampade è di € 1.000,00 annui, per un massimo di tre anni a far data dal mese successivo all'accettazione da parte del Fondo.

ALLEGATO - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Anastomosi extracranica di nervi cranici
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dei nervi periferici
- Asportazione tumori dell'orbita
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Cordotomia e mielotomia percutanea
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sulclivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Interventi per traumi vertebro-midollari
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi sul plesso brachiale
- Intervento per encefalomeningocele
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia esplorativa o decompressiva(per localizzazioni tumorali ripetitive)
- Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi
- Radiochirurgia gammaknife
- Radiochirurgia stereotassica
- Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici
- Simpaticectomia cervico-toracica
- Simpaticectomia lombare
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi simili
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche,(aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche

Chirurgia Generale

- Ernia inguinale e femorale (con esclusione di tutte le altre ernie della parete addominale)
- Intervento per asportazione tumore alla mammella

Oculistica

- Interventi di correzione dei difetti visivi nei casi di anisometropia superiore a 3 diottrie e/o deficit visivo superiore a 5 diottrie

- Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Odontocheratoprotesi
- Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia
- Operazione di Kroenlein od orbitotomia
- Trapianto corneale a tutto spessore

Otorinolaringoiatria

- Anastomosi e trapianti nervosi dell'orecchio medio e interno
- Asportazione della parotide
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia della Sindrome di Mènière
- Distruzione del labirinto
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Interventi per paralisi degli abduttori
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Laringectomia parziale
- Laringectomia ricostruttiva
- Laringectomia sopraglottica
- Laringofaringectomia
- Parotidectomia totale con preparazione del facciale
- Push-bach e faringoplastica
- Ricostruzione della catena ossicolare
- Sezione del nervo cocleare
- Sezione del nervo vestibolare
- Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico
- Trattamento delle petrositi suppurate

Chirurgia del Collo

- Interventi sulle Paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Svuotamento laterocervicale bilaterale
- Tiroidectomia Allargata per patologie oncologiche maligne
- Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale
- Tiroidectomia totale con radioiodio terapia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

Chirurgia dell'apparato Respiratorio

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per ferite del polmone
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per poliposi nasale
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pleuropneumectomia
- Pneumectomia totale o parziale
- Resezione bronchiale con reimpianto

- Resezione costali
- Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"
- Timectomia per via toracica
- Toracotomia esplorativa

Chirurgia Cardio-Vascolare

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porta-cava e splenorenale
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Disostruzione e by-pass arterie periferiche
- Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi per innesti di vasi
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico,iliache
- Legatura di grossi vasi del collo
- Legatura vena cava inferiore
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)
- Sutura arterie periferiche
- Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo
- Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti
- Trombectomia venosa periferica cava
- Trombectomia venosa periferica iliaca
- Tutti gli interventi: a cuore chiuso

Chirurgia dell'apparato digerente

- Asportazione di diverticolo esofageo
- Asportazione di fistole congenite
- Cardioplastica
- Chirurgia Gastrointestinale per Perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Deconnessione azigos-portale per via addominale
- Derivazioni biliodigestive
- Drenaggio di ascesso epatico
- Epatotomia e coledocotomia
- Esofagotomia cervicale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Gastroectomia se allargata
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi chirurgici sull'Ano e sul Retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococchi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale

- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Interventi sulla papilla di Water
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Papillotomia per via transduodenale
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezioni epatiche
- Splenectomia
- Sutura di ferite profonde con interessamento del tubolaringotracheale o dell'esofago cervicale

Urologia

- Amputazione totale del pene
- Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente(con tecnica microchirurgica)
- Calcolosi urinaria
- Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder
- Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Cistoprostatovesicoclectomia con ureterosigmoidostomia
- Diverticoclectomia con U.C.N.
- Emitrigonectomia
- Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale
- Ileo bladder
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari
- Lobotomia per ascessi pararenali
- Nefrectomia parziale
- Nefrectomia semplice
- Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- Nefroureterectomia radicale
- Nefroureterectomia totale
- Orchidopessi bilaterale
- Orchifuniculectomia per via inguinale
- Pielotomia
- Pieloureteroplastica (tecniche nuove)
- Plastica per ipospadia ed epispadia
- Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale
- Riparazione di fistola vescico intestinale
- Riparazione fistole vescico vaginali
- Sigmoidostomia ureterale
- Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale
- Surrenalectomia
- Ureteroplastica
- Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale
- Uretrectomia

Ginecologia e Ostetricia

- Interventi chirurgici sulla mammella patologie oncologiche maligne escluse le protesi
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia con eventuale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Laparotomia per gravidanza extrauterina
- Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero
- Ricostruzione vaginale
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

Ortopedia e Traumatologia

- Emipelvectomia
- Interventi al tunnel carpale e dito a scatto
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi per costola cervicale
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Chirurgia Maxillo - Facciale

- Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo
- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%
- Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.
- Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale
- Plastiche per paralisi facciali: dinamica
- Riduzione frattura orbitaria

Chirurgia Plastica

- Atresia auris congenita: ricostruzione
- Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)
- Malformazione della gabbia toracica
- Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)
- Reimpianto microchirurgico del dito
- Ricostruzione del pollice
- Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)

Trapianti di organo

- Tutti

Altri Interventi

- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Appendicectomia con Peritonite Diffusa
- Interventi chirurgici sul Midollo Spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi per Ricostruzioni di Gravi e Vaste Mutilazioni degli arti da trauma

Interventi Odontoiatrici

- Implantologia su osso mascellare e mandibolare da infortunio ed eseguita da medico chirurgo (Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del "Certificato" di Pronto Soccorso relativo all'"Infortunio" occorso), restando esclusi gli interventi per finalità puramente estetiche".
- Fratture dei mascellari superiori, trattamento chirurgico ortopedico
- Resezione del mascellare superiore
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi
- Osteiti mascellari, cisti follicolari e cisti radicolari

Chirurgia pediatrica (fino al compimento del quattordicesimo anno di età)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e / o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito
- Idrocefalo ipersecretivo

- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia dell'esofago
- Fistola dell'esofago
- Atresia dell'ano semplice -abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare-abbassamento addomino perineale
- Esteratoma sacrococcigeo
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Fistole e cisti del canale onfalomesentrico con resezione intestinale

ALLEGATO - ASSISTENZA ALLA NON-AUTOSUFFICIENZA

Il FASIE prevede l'erogazione di un contributo forfetario nei casi di non-autosufficienza, derivati da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico e destinato ai lavoratori, che non risultino già nonautosufficienti alla data del 01/01/2018.

CRITERI PER L'ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

La non-autosufficienza è definita come l'incapacità di provvedere in maniera autonoma le seguenti "attività elementari della vita quotidiana": - farsi il bagno - vestirsi e svestirsi - igiene del corpo - mobilità - continenza - bere e mangiare. A ciascun grado di disabilità corrisponde un punteggio, come stabilito nel successivo "Schema per l'accertamento dell'insorgere dello stato di non-autosufficienza". Il contributo è riconosciuto nel caso in cui la somma del punteggio è uguale o superiore a 40.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

È possibile presentare la domanda, entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non-autosufficienza, mediante la compilazione dell'apposito modulo, allegando la documentazione clinica (cartelle cliniche, referti, accertamenti strumentali). Il Fondo verifica la documentazione inviata e comunica a mezzo lettera raccomandata A/R, entro 180 giorni dal ricevimento della documentazione completa, l'esito di tale verifica, che consiste nel:

- riconoscimento della garanzia
- diniego della garanzia, per mancanza dei requisiti
- sospensione della valutazione, qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa: in questo caso, il FASIE può richiedere ulteriore documentazione, che deve essere trasmessa entro e non oltre 60 giorni dalla ricezione della richiesta stessa, pena la decadenza del diritto all'indennizzo.

DECORRENZA

La garanzia decorre dopo un periodo di 90 giorni dall'insorgere dello stato di non-autosufficienza (periodo di carenza). Il periodo di carenza non si applica qualora la perdita di autosufficienza sia conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della copertura. Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza. Tale periodo si intende esteso a cinque anni nel caso in cui si verifichi la perdita di autosufficienza, dovuta alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata.

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

In seguito a esito positivo dell'accertamento dello stato di non-autosufficienza dell'Assistito, il Fondo eroga una rendita in base a quanto definito nelle singole Opzioni. Il contributo per la non autosufficienza è erogabile un'unica volta in tutto il rapporto associativo.

CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica, le Parti possono conferire mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito. 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

CONTROLLI ANNUALI

Il FASIE, successivamente al riconoscimento dell'erogabilità, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura, potrà richiedere all'Assistito la trasmissione della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non-autosufficienza in copertura. La trasmissione della documentazione deve avvenire entro 30 giorni. In alternativa il Fondo potrà inviare, previo preavviso, un medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale il Fondo provvederà, in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata, a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute. Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non-autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della prestazione.

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DELLO STATO DI NON-AUTOSUFFICIENZA

FARSI IL BAGNO		
1° GRADO	L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per entrare/uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	Punteggio 10
VESTIRSI E SVESTIRSI		
1° GRADO	L'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi/svestirsi per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi/svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

IGIENE DEL CORPO		
1° GRADO	L'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza i seguenti gruppi di attività: (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 10
MOBILITÀ		
1° GRADO	L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche con apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi	Punteggio 10
CONTINENZA		
1° GRADO	L'Assistito è completamente continente	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia	Punteggio 10
BERE E MANGIARE		
1° GRADO	L'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0
2° GRADO	L'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie (1) sminuzzare/tagliare il cibo (2) sbucciare la frutta (3) aprire un contenitore/scatola (4) versare bevande nel bicchiere	Punteggio 5
3° GRADO	L'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	Punteggio 10