



Fondo Integrativo Sanitario Agricolo



**per i
Lavoratori Agricoli
e Florovivaisti**

Regolamento valido dal 1 Gennaio 2020



Fondo Integrativo Sanitario Agricolo



per i **Lavoratori Agricoli e Florovivaisti**

Regolamento valido dal 1 Gennaio 2020

F.I.S.A.

Fondo Integrativo Sanitario Agricolo

00187 Roma - Via Flavia, 3

Tel. 06/47824858(1)

Fax 06/47824603

info@fondofisa.it

fondofisa@pec.it

INDICE

1. Ordinamento e scopi	7
1.1. Familiari aventi diritto alle prestazioni	7
2. Oggetto dell'assicurazione	7
3. Area ricovero	8
3.1. Ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico	8
3.1.1. Day-hospital chirurgico	9
3.1.2. Day-hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche, per dialisi e biopsie	9
3.1.3. Parrucca per pazienti oncologici dal 1.1.2019	10
3.1.4. Intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica	10
3.1.5. Trasporto in ambulanza	10
3.1.6. Rimborso spese funerarie	10
3.1.7. Indennità per parto non cesareo	11
3.1.8. Massimali assicurati	11
3.1.9. Modalità di liquidazione	11
3.1.10. Indennità sostitutiva	12
4. Visite specialistiche	12
5. Esami del sangue	13
6. Alta specializzazione	14
7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio e a specifiche patologie	15
8. Fisioterapia, kinesioterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria in seguito a ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico, effettuate in regime di ospedalizzazione domiciliare	16
9. Protesi ortopediche e acustiche	16
10. Cure dentarie da infortunio	16
11. Stati di non autosufficienza consolidata/permanente	17

11.1. Oggetto della garanzia	17
11.2. Persone assicurate	17
11.3. Condizioni di assicurabilità	17
11.4. Massimale mensile assicurato	18
11.5. Definizione dello stato di non autosufficienza	19
12. Garanzia infortuni sul lavoro	19
Norme generali	22
Estensione territoriale	22
Esclusioni dall'assicurazione	22
Richiesta delle prestazioni	22
Documentazione occorrente	23
A - Prestazioni sanitarie	23
B - Prestazione infortunistiche	23
Decesso dell'iscritto	24
Controlli	24
Elenco "grandi interventi chirurgici"	25
Cranio e sistema nervoso centrale e periferico	25
Faccia e bocca	25
Collo	26
Esofago	26
Torace	26
Chirurgia Cardiaca	27
Stomaco e duodeno	27
Peritoneo e intestino	27
Retto e ano	28
Fegato e vie biliari	28
Pancreas e milza	28
Vasi	29
Pediatria	29
Ortopedia e traumatologia	29
Urologia	30
Apparato genitale	30
Oculistica	31
Otorinolaringoiatria	31
Laringe	31

I. Ordinamento e scopi

La costituzione del Fondo di Assistenza Sanitaria per i Lavoratori Agricoli e Florovivaisti - FISA - prevista dall'art. 65 del CCNL per gli operai agricoli stipulato il 25 maggio 2010 tra la Confederazione della Agricoltura Italiana, la Confederazione Nazionale Coltivatori Diretti, la Confederazione Italiana Agricoltori, la FLAI-CGIL, la FAI-CISL, la UILA-UIL, è avvenuta il 18 maggio 2011.

Il Fondo che ha sede a Roma, in Via Flavia, 3 ha **lo scopo di assicurare** agli operai agricoli e florovivaisti ed ai loro familiari un sistema mutualistico integrativo del Servizio Sanitario Nazionale nonché forme di tutela infortunistica ed assistenziale volte a garantire una adeguata tutela negli stati di bisogno dei propri assistiti.

Sono iscritti al Fondo:

- gli operai agricoli e florovivaisti a tempo indeterminato e determinato di età compresa tra i 18 e i 75 anni;
- tutti coloro che operano nell'ambito del lavoro agricolo la cui richiesta di iscrizione sia accolta, in via convenzionale, con delibera del Comitato di Gestione del Fondo.

I.1. Familiari aventi diritto alle prestazioni

Il Fondo eroga le prestazioni sanitarie previste dal seguente regolamento anche agli appartenenti al nucleo familiare dell'iscritto.

Per nucleo familiare si intende coniuge, convivente "more uxorio", e figli fino a 26 anni purché risultanti dallo stato di famiglia dell'iscritto e le persone per le quali lo stesso avrebbe diritto agli assegni familiari.

La composizione del nucleo familiare dell'iscritto deve essere dichiarata all'atto della richiesta di prestazioni e certificata con l'esibizione del certificato di stato di famiglia.

Il diritto dei familiari dell'iscritto ad ottenere le prestazioni sorge, rimane in essere e cessa con quello dell'iscritto medesimo.

2. Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'iscritto relative alle seguenti prestazioni:

- ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico;
- indennità per parto non cesareo;
- intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica;

- day-hospital chirurgico;
- day hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche e per dialisi;
- alta specializzazione;
- visite specialistiche (garanzia operante per il solo iscritto);
- esami del sangue (garanzia operante per il solo iscritto);
- trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio e a specifiche patologie (garanzia operante per il solo iscritto);
- fisioterapia e riabilitazione in regime di ospedalizzazione domiciliare
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure dentarie da infortunio;
- garanzia per stati di non autosufficienza (garanzia operante per il solo iscritto);
- garanzia infortuni lavorativi (garanzia operante per il solo iscritto).

3. Area ricovero

3.1. Ricovero in istituto di cura con e senza intervento chirurgico (per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)

Il Fondo rimborsa le spese per le seguenti prestazioni:

a. *Pre-ricovero*

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b. *Intervento chirurgico*

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c. *Assistenza medica, medicinali, cure*

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d. *Rette di degenza*

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e. Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera nel limite di € 52,00 al giorno.

f. Post-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche e trattamenti fisioterapici effettuati nei 90 giorni successivi l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Dal 1/1/2020 il periodo viene esteso a 120 giorni successivi all'inizio del ricovero. La garanzia "Ricovero senza intervento chirurgico" è operante qualora la degenza continuativa sia pari o superiore ad un numero di 4 pernottamenti. Si precisa che a partire dal 1.1.2019 tale limite non si applica ai ricoveri medici nei quali vengano eseguite biopsie o chemioterapia.

3.1.1. Day-hospital chirurgico

Nel caso di day-hospital chirurgico, il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" con i relativi limiti in esso indicati o in assenza di spese la diaria giornaliera per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

3.1.2. Day-hospital medico e prestazioni terapeutiche ambulatoriali in entrambi i casi esclusivamente per cure oncologiche, per dialisi e biopsie

Nel caso in cui l'iscritto effettui le seguenti terapie:

- chemioterapia;
- cobaltoterapia;
- radioterapia;
- dialisi;
- biopsie;

in regime di day-hospital o in regime ambulatoriale, il Fondo rimborsa le spese per le prestazioni previste al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure, d) "Rette di degenza", f) "Post-ricovero", o in assenza di spese la diaria giornaliera per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona. L'indennità viene corrisposta anche nei casi in cui le terapie vengono effettuate in regime ambulatoriale.

3.1.3. Parrucca per pazienti oncologici dal 1.1.2019

Nel caso di alopecia a seguito di trattamenti radio/chemioterapici in corso, eseguiti in ricovero o in ambulatorio, viene previsto il rimborso per l'acquisto di una parrucca. L'importo massimo garantito corrisponde a € 500,00.

3.1.4. Intervento chirurgico ambulatoriale per dermatologia e per oculistica

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a patologie dermatologiche e oculistiche, il **Fondo rimborsa le spese** per le prestazioni previste al punto 3.1.1. "Ricovero in Istituto di cura con e senza intervento chirurgico" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero".

N.B.

- In caso di interventi ambulatoriali per prestazioni di dermatologia la garanzia opererà in presenza di situazioni patologiche refertate dallo specialista che esegue la prestazione (es. esame istologico per i nei, etc.)
- In caso di intervento per la correzione della miopia tramite metodica laser, la garanzia opererà in presenza di un difetto della capacità visiva risultante dallo specchio dell'oculista il quale dovrà riportare l'indicazione del numero delle diottrie.

3.1.5. Trasporto in ambulanza

Il Fondo rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

3.1.6. Rimborso spese funerarie

Nel caso di decesso **conseguente a ricovero** o a infortunio sul lavoro, il Fondo rimborsa le spese per il trasporto della salma dall'Istituto di cura al luogo della tumulazione e le spese funerarie relative **nel limite di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare (dal 01/01/2019 le spese vengono rimborsate anche qualora il decesso sia avvenuto entro 20 giorni dalle dimissioni dall'istituto di cura)**

3.1.7. Indennità per parto non cesareo

(per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 25 e per i tempi indeterminati)

In caso di parto non cesareo, il Fondo eroga un'indennità giornaliera qualora la durata della degenza sia **superiore ad un pernottamento**.

La somma giornaliera corrisposta è pari ai seguenti importi:

- a) € 60,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati;
- b) € 40,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorative comprese tra 25 e 100.

L'indennità viene erogata per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

3.1.8. Massimali assicurati

I massimali assicurati per anno assicurativo e per nucleo familiare corrispondono a:

- c) € 12.000,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati**;
- d) € 7.000,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative comprese tra 51 e 100**.

Nel caso di "Grandi Interventi Chirurgici", di cui all'elenco allegato, i massimali sopraindicati si intendono raddoppiati.

3.1.9. Modalità di liquidazione

Nel caso di utilizzo in forma diretta del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture da esso accreditate, le spese o le eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto verranno rimborsate integralmente (nei limiti dei massimali di cui al punto 3.1.7 "Massimali assicurati").

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di un Istituto non accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale o in caso di attività extramuraria in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese effettivamente sostenute e documentate verranno

rimborsate nella misura dell'80%. Nel caso di ricovero in istituto di cura privato non verrà corrisposta l'indennità giornaliera.

Lo scoperto sopraindicato non viene applicato nel caso di "Grandi Interventi Chirurgici".

3.1.10. Indennità sostitutiva

Qualora le spese per il ricovero siano totalmente a carico del S.S.N. e non venga quindi richiesto alcun rimborso per il ricovero stesso, il Fondo eroga un'indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni per anno assicurativo e per persona.

La somma giornaliera corrisposta è pari ai seguenti importi:

- a) € 60,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati;**
- b) € 40,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative comprese tra 25 e 100.**

Contestualmente all'indennità sopraindicata, l'iscritto potrà richiedere il rimborso delle spese di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" a) "Pre-ricovero" e f) "Post-ricovero" **per un importo massimo di € 1.000 per anno assicurativo e per persona.**

Nel caso di ricovero senza intervento chirurgico (ad eccezione dei ricoveri medici nei quali vengono eseguite biopsie o chemioterapie) l'indennità viene corrisposta qualora la degenza continuativa sia pari o superiore ai quattro pernottamenti. In questo caso l'indennità viene erogata a partire dal primo pernottamento.

4. Visite specialistiche

(garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari)

Il Fondo rimborsa le spese sostenute, per un massimo di tre visite specialistiche l'anno, rese necessarie da malattia o infortunio.

Nel caso di utilizzo del S.S.N. o strutture accreditate, l'importo verrà rimborsato integralmente.

Nel caso in cui vengano effettuate presso strutture private o in caso di attività extramuraria, verrà applicata una franchigia di € 35,00 per ogni visita. Il massimale assicurato corrisponde a € 300,00.

Dal 1/1/2020 non sussiste più il limite di 3 visite specialistiche, ma solo il massimale annuo di € 300,00.

5. Esami del sangue

(garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari)

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per un esame del sangue l'anno.

Nel caso di utilizzo del S.S.N. o strutture accreditate, l'importo verrà rimborsato integralmente.

Nel caso in cui vengano effettuate presso strutture private verrà rimborsato l'80% dell'importo.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 200,00.



6. Alta specializzazione

(per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)

Il Fondo rimborsa le spese relative alle seguenti prestazioni.

- Amniocentesi
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cisturografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia trans kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- **Ecocolordoppler arti inferiori dal 01.01.2019**
- **Ecocolordoppler alla carotide dal 01.01.2020**
- Elettroencefalografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- **Moc (Mineralometria ossea computerizzata) dal 01.01.2019**
- **Prenatal safe dal 01.01.2020**
- Retinografia
- Risonanza
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Villocentesi
- Tac
- Wirsungrafia

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 20 per ogni accertamento diagnostico se effettuato in struttura sanitaria privata.

Qualora ci si avvalga del SSN l'importo verrà rimborsato per intero.

I massimali assicurati per anno assicurativo e per nucleo familiare corrispondono a:

- a) € **2.800,00** per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati;**

b) € 1.800,00 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative comprese tra 51 e 100**.

È inoltre compresa la colonscopia diagnostica o chirurgica con il sottolimito di € 1.500,00 dal 01.01.2020

7. Trattamenti fisioterapici riabilitativi conseguenti a infortunio e a specifiche patologie

(garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)

Il fondo rimborsa le spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, o a seguito di una delle patologie o interventi chirurgici di seguito elencati, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Patologie o interventi chirurgici:

- | | | |
|--------------------|---|------------------------|
| 1. Ictus | 4. Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale | 5. Artroprotesi d'anca |
| 2. Infarto | | 6. Protesi ginocchio |
| 3. Ernia del disco | | 7. Patologie polmonari |

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga di strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 40,00 per fattura/persona.

Nel caso in cui l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'iscritto.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.000,00.

8. Fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria in seguito a ricovero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico, effettuate in regime di ospedalizzazione domiciliare

(garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari)

Il Fondo rimborsa le spese sostenute per fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria effettuate in regime di ospedalizzazione domiciliare nel periodo immediatamente successivo a un ricovero conseguente a malattia o infortunio.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.500,00

9. Protesi ortopediche e acustiche

(per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)

Il Fondo rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche ivi compresi plantari e apparecchi acustici, nel limite annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare.

Dall'01/01/2019 la copertura si intende estesa anche all'acquisto o al noleggio degli ausili ortopedici.

10. Cure dentarie da infortunio

(per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)

Il Fondo rimborsa all'iscritto le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio su presentazione di referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 1.000,00 per nucleo familiare.

11. Stadi di non autosufficienza consolidata/permanente *(Garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di giornate lavorate superiore a 50 e per i tempi indeterminati)*

11.1. Oggetto della garanzia

Il Fondo garantisce il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie o di assistenza e presidi/ausili ortopedici e documentate per un valore massimo corrispondente alla somma mensile assicurata qualora l'iscritto venga a trovarsi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza, in uno stato di non autosufficienza quale indicato al successivo punto 11.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

La garanzia è operante qualora lo stato di non autosufficienza sia stato causato da una malattia oppure sia conseguente a un infortunio sul lavoro certificato dall'INAIL.

11.2. Persone assicurate

La garanzia è valida per tutti gli iscritti al Fondo titolari della copertura (con esclusione dei familiari) di età compresa tra i 18 e i 75 anni che rispondano ai criteri di accettazione medica indicati al punto 11.3 "Condizioni di assicurabilità".

11.3. Condizioni di assicurabilità

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate, al momento della data di effetto della propria copertura assicurativa, devono rientrare nelle seguenti **condizioni di assicurabilità**:

- I. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente una o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi
 - b) Vestirsi
 - c) Spostarsi
 - d) Nutrirsi

2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile in misura superiore al 25%.
3. Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non presentare malattie, postumi di malattie o di infortuni precedenti che limitino le capacità fisiche e mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.

11.4. Massimale mensile assicurato

Nel caso in cui l'iscritto si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 11.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il massimale mensile garantito corrisponde a € 1.000,00.**

Dalla data del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, il rimborso delle spese sostenute verrà corrisposto per una durata massima di due anni.

Dall'01/01/2019 viene inoltre previsto il rimborso delle spese sostenute per l'installazione di idonei congegni di risalita e/o di discesa quali, ad esempio, l'ascensore interno, il montacarichi, il servoscala, le piattaforme elevatrici.

Per questa fattispecie di spese l'importo verrà rimborsato in un'unica soluzione e concorrerà a determinare la cifra massima complessiva di rimborso di € 24.000,00 in due anni. Il rimborso verrà effettuato su presentazione della fattura di spesa regolarmente quietanzata e intestata al beneficiario dell'indennizzo.

Per la quota di massimale non utilizzato con tale rimborso rimarrà fermo il diritto alla corresponsione mensile di € 1.000,00 per le spese sostenute ad altro titolo sino alla concorrenza di € 24.000,00.

11.5. Definizione dello stato di non autosufficienza

Come indicato al punto 11.1 “Oggetto della garanzia”, viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'iscritto il quale, **in conseguenza di un infortunio o di malattia** e in presenza di uno stato di salute valutato come “consolidato”, si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita quotidiana:

- **Lavarsi** (capacità di lavarsi da soli in modo da mantenere un livello ragionevole di igiene personale)
- **Vestirsi** (capacità di indossare e togliere correttamente gli abiti, le apparecchiature o gli arti artificiali)
- **Spostarsi** (capacità di muoversi da una stanza all'altra all'interno della residenza abituale, anche con l'utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- **Nutrirsi**(capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile)

e necessari in modo costante:

- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio

oppure

- di sorveglianza medica e di trattamenti di mantenimento prestati in regime di ricovero di lunga degenza.

12. Garanzia infortuni sul lavoro

(Garanzia operante per il solo lavoratore e non per i familiari)

La garanzia viene articolata nel modo seguente:

1. In caso di Morte

- a) Viene garantito un massimale di € **20.000,00** per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati.**
- b) Viene garantito un massimale di € 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative compreso tra 1 e 100.**

2. In caso di Invalidità Permanente

- c) Viene garantito un massimale di € **20.000,00** per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative superiore a 100 e per i tempi indeterminati.**
- d) Viene garantito un massimale di € 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600 per gli iscritti nell'anno precedente negli elenchi anagrafici con un numero di **giornate lavorative compreso tra 1 e 100.**

L'indennizzo viene corrisposto in presenza di un grado di invalidità permanente pari o superiore al 15% della totale. In questo caso l'invalidità accertata viene riconosciuta integralmente.

Nessun indennizzo viene quindi corrisposto sino a un grado di invalidità permanente accertato pari al 14% della totale.

Qualora il grado di invalidità permanente accertato risulti superiore al 60% della totale, verrà liquidato l'intero massimale garantito.

Il grado di invalidità permanente residuo viene valutato in base alle percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente – Agricoltura" allegato al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, attenendosi ai fini liquidativi alla valutazione effettuata dall'INAIL.

Relativamente alle persone portatrici di mancinismo, le percentuali di invalidità prevista per l'arto superiore destro e per la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e per la mano sinistra e viceversa.

Nel caso di infortunio che comporti:

- **sordità completa bilaterale**
- **cecità completa**
- **perdita anatomica di almeno un arto superiore o inferiore nonché perdita completa delle dita di una mano**

il massimale garantito si intende raddoppiato.

La garanzia prestata dal presente punto comprende il rischio "in itinere", vale a dire gli infortuni occorsi all'iscritto durante il tempo strettamente necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa con l'utilizzo dei normali mezzi di locomozione

Esempio di calcolo

- a. operaio agricolo con più di 100 giornate lavorate
- Grado di invalidità \times 200,00
 - $18\% \times 200,00 = 3.600,00$
 - $54\% \times 200,00 = 10.800,00$
- b. operaio agricolo con meno di 100 giornate lavorative: Fino a € 200,00 per ogni giorno lavorato nell'anno precedente con un minimo di € 600,00.
- 51 giorni di lavoro e 17% punti di invalidità
- $$200,00 \times 51 = 10,200,00 : 100 = 102,00 \times 17 = 1.734,00$$



Norme generali

Estensione territoriale

Il Fondo rimborsa le prestazioni effettuate in tutto il mondo. Si specifica che per fare richiesta di rimborso per prestazioni sostenute all'estero, **l'iscritto dovrà provvedere ad inviare un'adeguata traduzione giurata in lingua italiana.**

Esclusioni dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. le malattie e gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
2. le malattie e gli infortuni determinati da inondazioni, da terremoti, da eruzioni e da altre calamità provocate da forze della natura nonché da atti di guerra;
3. le malattie e gli infortuni conseguenti a reati dolosi commessi dall'iscritto o da atti contro la sua persona da esso volontariamente compiuti o consentiti.

Limitatamente alla garanzia di cui al punto 11 "stati di non autosufficienza consolidata/permanente" sono inoltre escluse dall'assicurazione le conseguenze di:

1. infortuni precedenti alla data di sottoscrizione del contratto;
2. atti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativi di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non prescritti dal medico.

Richiesta delle prestazioni

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Le richieste inoltrate dopo i predetti termini non saranno accolte e a tal fine fa fede la data di spedizione della richiesta stessa.

Documentazione occorrente

La documentazione da presentare per ottenere le prestazioni garantite dal Fondo è la seguente:

A - Prestazioni sanitarie:

- attestazione rilasciata dalla competente Sede dell'INPS concernente il numero delle giornate di iscrizione del lavoratore negli elenchi anagrafici dell'anno precedente o altra documentazione utile a certificare il lavoro svolto (busta paga, registro di impresa);
- indicazione da parte del lavoratore della Azienda o delle Aziende presso le quali, nell'anno precedente, ha prestato la propria attività lavorativa;
- copia della scheda dimissione ospedaliera e del diario clinico in caso di ricovero in istituto di cura;
- copia della prescrizione medica e del conto quietanzato della spesa sostenuta, in caso di accertamenti diagnostici, radiografici o altri esami per i quali il presente regolamento prevede il rimborso.

Per la liquidazione delle prestazioni che si riferiscono ai componenti del nucleo familiare l'iscritto oltre alla documentazione sopra indicata dovrà presentare lo stato di famiglia (autocertificazione).

Il Fondo si riserva di richiedere copia della cartella clinica in caso di ulteriori accertamenti.

B - Prestazione infortunistiche:

- attestazione rilasciata dalla competente Sede dell'INPS concernente il numero delle giornate di iscrizione del lavoratore negli elenchi anagrafici dell'anno precedente o altra documentazione utile a certificare il lavoro svolto (busta paga, registro di impresa);
- indicazione da parte del lavoratore o degli eredi, dell'Azienda, o delle Aziende, presso le quali il lavoratore infortunato ha prestato la propria attività lavorativa nell'anno precedente;
- copia della denuncia dell'infortunio che il datore di lavoro ha presentato all'INAIL;
- attestazione dell'INAIL comprovante il grado di invalidità permanente riconosciuto;

- certificato necroscopico rilasciato dalla autorità competente in caso di morte per infortunio sul lavoro;
- copia del verbale dell'autorità di P.S. sulla dinamica dell'incidente in caso di infortunio in itinere.

Ai fini della erogazione delle prestazioni sono considerate utili solamente le giornate di iscrizione negli elenchi anagrafici per le quali è stata versata la contribuzione.

Decesso dell'iscritto

In caso di decesso dell'iscritto, gli eredi per ottenere la liquidazione delle prestazioni spettanti al "de cuius" dovranno presentare la seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà contenente le generalità complete degli eredi legittimi;
- delega di ciascuno degli eredi conferita ad uno di loro per riscuotere l'importo spettante e fotocopia di un documento di identità;
- autorizzazione del giudice tutelare in caso di erede minorenni;
- certificato di morte.

Controlli

Il Fondo al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

Elenco “grandi interventi chirurgici”

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi e per correzioni di altre condizioni patologiche.
- Cranioplastiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Operazione per encefalo meningocele.
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningeo-midollari.
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Emisferectomia.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.
- Vagotomia per via toracica.

Faccia e bocca

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Correzione naso a sella.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.

- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico.
- Fratture dei mascellari superiori – trattamento chirurgico e ortopedico.

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

Esofago

- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toraco-laparotomica.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazione sull'esofago per stenosi benigne, per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali.

Torace

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.

- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

Chirurgia Cardiaca

- Pericardiectomia.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei del cuore.
- Interventi per malformazioni del cuore e dei grossi vasi endotoracici.
- Commisurotomia.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Infartectomia in fase acuta.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toraco-tomica o frenico-pericardica.
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- Trapianto del cuore.

Stomaco e duodeno

- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Cardiomiectomia extramucosa.

Peritoneo e intestino

- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali.

- Idem con lesioni dell'intestino – resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura – resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ilio-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

Retto e ano

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale.

Fegato e vie biliari

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia).
- Trapianto del fegato.

Pancreas e milza

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - enucleazione delle cisti.
 - marsupializzazione.
 - Interventi per fistole pancreatiche.
 - Interventi demolitivi del pancreas:
 - totale o della testa.
 - della coda.
- Splenectomia.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.

- Anastomosi mesenterica-cava.
- Trapianto del pancreas.

Vasi

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi:
- carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

Pediatria

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumectomy)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice – abbassamento ad domino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare-abbassamento ad-domino perineale.
- Eleratoma sacrococcigeo.
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto.
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
 - Nefrectomia per tumore di Wilms.
 - Megacolon – operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
 - Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

Ortopedia e traumatologia

- Disarticolazione interscapolo toracica.

- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Protesi di femore.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Protesi di spalle e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.
- Vertebrotomia.

Urologia

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica – colecisti plastica.
- Cistectomia totale.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto del rene.

Apparato genitale

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
- Metroplastica.
- Pannisterectomia radicale per via addominale.
- Pannisterectomia radicale per via vaginale.

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomia totale.

Oculistica

- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Trapianto della cornea.

Otorinolaringoiatria

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Timpanoplastica.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia translabyrinthica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

Laringe

- Laringectomia orizzontale sopraglottica.
- Laringectomia parziale verticale.
- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

F.I.S.A.

FONDO INTEGRATIVO SANITARIO AGRICOLO

00187 Roma - Via Flavia, 3

Tel. 06/47824858(1) - Fax 06/47824603

info@fondofisa.it - fondofisa@pec.it