

SARA assicurazioni spa

Assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club d'Italia

Sede e direzione Generale: 00198 Roma - Italia, via Po n. 20

Capitale sociale Euro 54.675.000 (i. v.) - Iscrizione Tribunale Roma n. 946/41

CCIAA ROMA N. 117033 - C.F. 00408780583 - P. IVA 00885091009

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con

DMICA 26.8.1925 (G.U. 31.8.1925 N. 201)



Norme che regolano il contratto

Mod 45 MIR - ed. 01/2002

assicurazione per il caso di

**INVALIDITÀ' PERMANENTE
DA MALATTIA**

L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

DEFINIZIONI

Nel testo di polizza si intendono per:

- **Assicurato** : il soggetto il cui interesse e' protetto dall'assicurazione;
- **Assicurazione**: il contratto di assicurazione;
- **Contraente**: il soggetto che stipula l'assicurazione;
- **Indennizzo/Indennità**: la somma dovuta dalla Società' in caso di sinistro;
- **Polizza**: i documenti che provano l'assicurazione;
- **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società' ;
- **Rischio**: la possibilità che si verifichi il sinistro;
- **Sinistro**: il verificarsi del fatto dannoso per il quale e' prestata l'assicurazione;
- **Società'**: SARA assicurazioni spa .
- **Beneficiario**: gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- **Franchigia**: la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
- **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili;
- **Malattia**: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio
- **Invalità permanente da infortunio**: la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- **Invalità permanente da malattia**: la perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- **Istituto di cura**: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche od estetiche;
- **Malformazione - Difetto fisico**: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile;
- **Stato patologico**: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 C.C.

1.2 Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art.1910 C.C.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

1.3 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

1.4 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

1.5 Disdetta per sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo **il Contraente o la Società** possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni.

In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa soltanto l'imposta.

Qualora la durata contrattuale pattuita sia pari od inferiore ad anni 5, Il presente disposto non è applicabile

1.6 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

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

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

1.7 Oneri fiscali

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

1.8 Rinvio alle norme di legge

Per quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

2. NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE DI INVALIDITÀ' PERMANENTE DA MALATTIA

2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione prestata con la presente polizza concerne il **solo caso di invalidità permanente derivante da malattia**, con l'esclusione di quanto riportato nel successivo art. 2.7.

2.2 Invalidità permanente da malattia

In caso di invalidità permanente che sia determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione e che si verifichi non oltre la scadenza della polizza, la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata.

A partire dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione è indennizzabile fino a concorrenza della somma assicurata, anche il caso di invalidità permanente determinata da malattia che si verifichi non oltre la scadenza della polizza e risulti conseguente ad una situazione patologica insorta anteriormente alla stipula della polizza ma non conosciuta e/o diagnosticata al momento della stipulazione.

La somma assicurata, quale risultante pattuita sul frontespizio di polizza, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate.

La valutazione dell'indennizzo viene effettuata secondo le modalità ed i criteri che seguono.

A) Accertamento del grado di invalidità permanente

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative **coesistenti**.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro **concorrenza** con nuove malattie.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

A maggior chiarimento di quanto sopra indicato devono intendersi per:

- **malattie coesistenti** : le malattie od invalidità presenti nel soggetto, che riguardano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata;

- **malattie concorrenti** : le malattie ed invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essi causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

L'accertamento del grado di invalidità permanente indennizzabile viene effettuato non prima che sia decorso un anno dalla denuncia e facendo riferimento ai criteri esposti nel capitolo "Parametri per la valutazione della invalidità permanente da malattia" riportato nelle successive pagine da 6 a 10.

Nei casi di invalidità permanente non specificata nel citato capitolo, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati.

In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita *generica* capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

B) Determinazione dell'indennizzo

Fermo restando quanto previsto alla precedente lettera A) si conviene che:

- 1) se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella sottostante tabella in corrispondenza al grado di invalidità permanente accertata.

% di invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata	% di invalidità permanente accertata	indennizzo % della somma assicurata
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
da 35 a 63	da 35 a 63	75 e oltre	100
64	67		

2.3 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

2.4 Aggravamento del rischio

Salvo quanto previsto dall'ari. 2.7 "Rischi esclusi dall'assicurazione", non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'ari. 1898 C.C. in materia di aggravamento del rischio.

2.5 Sinistri causati da colpa grave

L'assicurazione è operante anche per i sinistri causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.

2.6 Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

2.7 Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per le conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto.

L'assicurazione non è inoltre operante nei casi di:

- a) malformazioni congenite o difetti fisici comunque preesistenti alla stipulazione del contratto;
- b) ernie della parete addominale;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d) prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche od estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi chirurgici demolitivi);
- g) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico nonché quelli del paradonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da malattie neoplastiche;
- h) parto senza taglio cesareo ed interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- i) malattie professionali come definite dal D.P.R. 30/6/1965 n. 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione del contratto;
- l) conseguenze di:
 - azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
 - trasformazioni ed assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) ed accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

2.8 Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene, qualora una delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgono nel corso del contratto, l'applicazione di quanto disposto dall'ari. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenze si applica quanto disposto dall'ari. 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dagli artt. 1892,1893,1894 del Codice Civile.

2.9 Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) per le malattie in genere: dal novantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- b) per il parto con taglio cesareo e per le malattie del puerperio: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto semprechè non conosciute e/o diagnosticate al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per l'aborto spontaneo, terapeutico o post-traumatico e per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, semprechè la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a tale data.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante lo stesso Assicurato, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima prevista;
- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

2.10 Obblighi in caso di sinistro

La denuncia di sinistro deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da certificazione medica che contenga la diagnosi.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia conforme all'originale della cartella clinica completa ove vi sia stato ricovero, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

2.11 Criteri di liquidazione

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato dopo che l'Assicurato ha comunicato alla Società l'accettazione dell'indennizzo calcolato dalla Società a norma dell'ari. 2.2.

2.12 Controversie - Arbitrato irrituale

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo; il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici competente per territorio ove deve riunirsi il collegio medico.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvi 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri sul verbale definitivo.

PARAMETRI INDICATIVI PER LA VALUTAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Sistema nervoso centrale

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il morbo di Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Crteri di valutazione

- disturbi del linguaggio;
 - disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
 - disturbi della coscienza;
 - disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
 - disturbi della statica e della deambulazione;
- I disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

- I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:
- il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;
 - il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;
 - disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;
 - disturbi episodici (Sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;
- { il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;
- ! presenza di attività vescicale e rettale riflessa con mancata riduzione del controllo volontario.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

- I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:
- il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
 - il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
 - disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
 - episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
 - il soggetto non può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace di deambulare;
- ! alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

Apparato cardio vascolare

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le trombo flebiti, ecc, verranno valutati in base ai seguenti:

Criteria di valutazione:

classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart(NYHA) :

classe 1 : l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;

classe 2 : l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

classe 3 : a riposo, i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

classe 4 : i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;

- pressioni arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50% di una sola arteria coronarica;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di by pass coronarico;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;

- soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti-ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con segni di miocardiopatia dilatativa iper-trofica o restrittiva;

- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

Apparato respiratorio

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino, quali ad esempio: le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'emfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di vantazione:

funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente bronco spastica, dopo test di bronco dilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;

- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;

7 criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:

- FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;
 - FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;
 - FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA
- oppure
- la PaO₂ inferiore all'80% del valore teorico.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:

- FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;
 - FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;
 - FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA
- oppure
- la PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

Apparato digerente

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori, ecc, verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazioni del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

I postumi della malattia e del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.

COLON, SIGMA E RETTO

I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.

FEGATO

I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS

I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

COLON, SIGMA E RETTO

I postumi organici della malattia e del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.

FEGATO

Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie, di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

Apparato urinario

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc, verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min, con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100mmHg) senza adeguata terapia

oppure

sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Clearance creatinina inferiore a 20ml/min.

oppure

Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min, con ipertensione grave (valori diastolici superiore a 115 mmHg) non controllabile da adeguata terapia

oppure

sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

Sistemaendocrino

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc, verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione :

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia

oppure

diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e della dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico

oppure

la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

Sistemaematopoieticoelinfatico

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, i tumori in genere, ecc, verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione :

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente inferiore al 25%

Anemia cronica con valori di emoglobinemina non inferiore a gr 10/100 ml. non necessita di emotrasfusioni

oppure

sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia

oppure

leucemia linfatica cronica in 1° stadio

oppure

leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.

Condizioni che determinano una Invalidità Permanente superiore al 74%

Anemia cronica con valori di emoglobinemina inferiore a gr 10/100 ml. con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)

oppure

presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa

oppure

leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.
