

REGOLAMENTO GENERALE

(Approvato dal CdA 29 settembre 2025 e ratificato dall'Assemblea del 23 maggio 2026)

MODALITÀ PER LE ISCRIZIONI

Articolo 1

Le domande di iscrizione devono essere compilate sull'apposito modulo, complete di tutte le informazioni richieste. Le domande devono essere accompagnate dalla ricevuta del versamento delle quote di iscrizione e dei contributi fissati per ciascun tipo di assistenza e deliberati dal Consiglio di Amministrazione, nonché dal certificato di stato di famiglia o autocertificazione ai sensi di legge.

Articolo 2

La CAMPA ha facoltà di chiedere, ad integrazione della domanda, tutti gli ulteriori documenti necessari. L'esito delle domande di iscrizione deve essere comunicato per iscritto all'interessato entro e non oltre 60 gg. dalla data di presentazione.

Articolo 3

L'iscrizione deve comprendere l'intero nucleo familiare convivente (marito, moglie, conviventi more uxorio o uniti civilmente, figli) risultante da autocertificazione; possono essere richieste documentazioni comprovanti. Possono iscriversi nella stessa posizione eventuali altri parenti aventi stessa residenza del titolare. È data tuttavia la possibilità di iscriversi singolarmente, escludendo i familiari conviventi, mediante il pagamento di un contributo maggiorato stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione (attualmente 100%). L'iscrizione deve avvenire nelle medesime formule di assistenza per tutto il nucleo familiare, salvo casi eccezionali autorizzati dal Comitato Esecutivo.

Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla CAMPA tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio nucleo familiare convivente. I congiunti ed i figli, rispettivamente acquisiti o nati successivamente alla data di iscrizione o di estensione dell'assistenza al proprio nucleo familiare, devono essere assoggettati al versamento contributivo. In caso di **assistenza alla gravidanza e al parto** è necessaria sempre l'iscrizione di entrambi i genitori naturali del bambino anche se non conviventi; diversamente dovrà essere versato il contributo associativo maggiorato previsto per chi esclude i familiari. I nuovi nati potranno godere dell'assistenza gratuita per il 1° anno di vita con decorrenza immediata, previo il versamento della quota di iscrizione una-tantum entro 20 gg. dalla nascita. I contributi associativi dovranno essere versati a partire dal compimento del 1° anno di vita. Qualora un familiare non sia più convivente, esca dal nucleo e costituisca una nuova famiglia è necessario aprire una posizione autonoma.

L'iscritto che estende l'assistenza sanitaria ai propri familiari, deve inoltrare un'altra domanda con le modalità richieste dall'art. 1 del presente Regolamento.

L'estensione dell'assistenza al coniuge, ai figli o altri familiari non sposta la decorrenza del rapporto associativo se l'iscrizione avviene entro 20 gg. dalla data in cui entrano a far parte del proprio nucleo familiare. Se l'estensione

dell'assistenza ai familiari avviene invece in un secondo tempo, la decorrenza dei termini dell'impegno associativo di cui all'art. 9 dello Statuto, si intenderà spostata alla data della domanda.

Articolo 4

In caso di convenzioni per coperture collettive deliberate dal Consiglio di Amministrazione con Aziende, Associazioni od Enti, possono essere previste condizioni particolari relative alla possibilità di adesione individuale senza maggiorazioni di contributo, alla durata del rapporto associativo, ai termini delle carenze assistenziali, ed altre eventuali, con appositi regolamenti speciali. Come i vari tipi di assistenza deliberati dal Consiglio di Amministrazione, anche le coperture collettive e i fondi sanitari di tipo aziendale devono avere una gestione mutualistica improntata ai criteri di autosufficienza.

Articolo 5

Passaggio ad un'altra forma di assistenza

Per poter cambiare tipo di assistenza è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso.

Gli associati, già iscritti ad un tipo di assistenza, possono però passare ad un tipo di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso.

Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione. Il passaggio avviene di norma a partire dall'inizio dell'anno solare, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista dall'art. 14 del Regolamento per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate della nuova assistenza. Il passaggio ad un'altra forma di assistenza fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nel nucleo familiare convivente.

Articolo 6

È possibile fruire contemporaneamente di più tipi di assistenza. L'assistito avrà diritto a più rimborsi separati quanti sono i tipi di assistenza a cui è iscritto; ovviamente i rimborsi così cumulati non potranno superare in ogni caso il limite della somma spesa, detratta la somma rimborsata da parte del S.S.N. o da terzi. L'iscrizione ad un ulteriore tipo di assistenza sposta la decorrenza del rapporto associativo: la fruizione contestuale di più tipi di assistenza deve durare quindi almeno un triennio (oltre la frazione di anno di iscrizione) e si rinnova di tre anni in tre anni salvo disdetta da inviarsi a mezzo lettera raccomandata almeno tre mesi prima di ogni scadenza triennale. Nel caso di iscrizione successiva ad un ulteriore tipo di assistenza, decorre nuovamente, per la fruizione delle prestazioni aggiuntive, il periodo di carenza assistenziale previsto dall'art. 14 del Regolamento. La quota di iscrizione pro-capite si versa una sola volta all'atto dell'iscrizione indipendentemente dal numero di tipi di assistenza. Così pure chi è già iscritto ad una

formula assistenziale e decide di cambiare o abbinare ulteriori tipi non deve pagare nuovamente la quota di iscrizione.

Articolo 7

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della CAMPA sono consentite fino al 70° anno di età (escluso le assistenze IGIC Integrazione Grandi Interventi Chirurgici, Più Smart Family e altre eventuali ad hoc che hanno un limite di ingresso inferiore o diverso).

Gli ultrasessantenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 70° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare (con le medesime esclusioni sopra descritte). Gli associati già iscritti potranno continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età.

MODALITÀ PER IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Articolo 8

Il versamento "una-tantum" della quota di iscrizione ed il versamento dei contributi associativi per ciascun tipo di assistenza contemplato dall'art. 17 dello Statuto, devono essere effettuati a mezzo degli appositi conti correnti postali o mediante bonifico bancario o a mezzo assegno o carte di credito o bancomat.

I contributi associativi per ciascun anno solare devono essere versati in unica soluzione entro il 31 gennaio dell'anno a cui si riferiscono. È ammesso il versamento dei contributi in due rate semestrali nel caso di nuclei familiari composti da almeno tre unità. In tal caso la prima rata semestrale deve essere versata entro il 31 gennaio e la seconda entro il 30 giugno.

Articolo 9

Nel caso che l'iscrizione venga richiesta nel periodo intercorrente tra il 1° febbraio ed il 31 dicembre, l'importo dei contributi da versare anticipatamente deve essere calcolato per tanti dodicesimi dell'importo contributivo annuale per quanti sono i mesi compresi tra il mese di iscrizione ed il 31 dicembre successivo.

Articolo 10

Gli interessi di mora e la carenza assistenziale previsti dall'art. 15 dello Statuto non si applicano qualora la regolarizzazione contributiva avvenga entro 15 giorni dai termini di pagamento.

MODALITÀ PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PRESTAZIONI

Articolo 11

Lo stanziamento dei fondi per i diversi tipi di assistenza e i contributi associativi sono stabiliti anno per anno a mente dell'art. 26 dello Statuto coordinato con l'art. 17 sempre dello Statuto.

Articolo 12

L'assistenza sanitaria è sempre garantita nella forma indiretta. Per i ricoveri con intervento chirurgico e parto, e per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (esami di laboratorio, indagini strumentali, radiologiche ed ecografiche, terapie fisiche) l'assistenza può essere erogata anche nella forma diretta per mezzo di apposite convenzioni che la CAMPA stipula, ove possibile, con Istituti di Cura e Ambulatori pubblici e privati.

Articolo 13

Ciascun associato iscritto a formule che prevedono assistenza per ricoveri ha diritto all'assistenza per un massimo di 90 gg. ospedalizzati per ogni anno solare.

Qualora il diritto alle prestazioni non decorra dal 1° gennaio, ogni assistito fruirà di tanti dodicesimi del periodo assistenziale previsto dal precedente comma, per quanti sono i mesi rientranti nella tutela assistenziale.

Articolo 14

Decorrenza dell'assistenza e malattie preesistenti

L'erogazione dell'assistenza decorre in via generale dal 1° giorno del terzo mese successivo a quello di iscrizione. In caso di gravi infortuni o eventi traumatici accertati dal Pronto Soccorso, che determinino nuove patologie e non riacutizzazione o aggravamento di patologie preesistenti, l'assistenza decorre immediatamente dal momento dell'iscrizione.

Per ricoveri e interventi chirurgici conseguenti a malattie manifestamente preesistenti al momento dell'iscrizione, l'assistenza decorre dopo 12 mesi dall'iscrizione; dopodiché per i successivi 24 mesi il rimborso sarà pari al 50% di quello previsto dal tariffario secondo le varie forme di assistenza; dopo tale periodo sarà riconosciuto il rimborso previsto dal tariffario. L'assistenza alla gravidanza e al parto decorre dopo tre mesi dall'iscrizione ma fino al 12° mese di iscrizione può essere garantita solo in forma indiretta.

Articolo 15

Le prestazioni per le quali è previsto il concorso nelle spese sostenute dall'assistito, nei vari tipi di assistenza, secondo il disposto dall'art. 17 dello Statuto, sono deliberate ogni anno dal Consiglio di Amministrazione e sono descritte, specificandone la quantità e le modalità di erogazione, nel Piano Assistenziale e nei tariffari e pubblicate sul notiziario. Attualmente riguardano:

- 1) onorari delle equipe chirurgiche, onorari medici, sala operatoria, sala parto, anestesia e materiale di sala operatoria;
- 2) retta di degenza e differenza retta in caso di ricovero in medicina e chirurgia presso Istituti di Cura pubblici e privati;
- 3) Day Hospital, Day Surgery e Diarie giornaliere per ricoveri a carico del SSN;
- 4) accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, esami strumentali, visite specialistiche ed i relativi ticket;
- 5) terapie fisiche riconosciute;
- 6) protesi acustiche;
- 7) cure termali;
- 8) assistenza infermieristica e prestazioni socio-sanitarie;
- 9) trasporto in ambulanza in caso di ricovero;
- 10) cure odontoiatriche previste dal Piano di Assistenza.

Altre prestazioni possono essere previste in appositi regolamenti speciali in caso di convenzioni per coperture collettive.

Articolo 16

In ogni caso di malattia, la quantità e la tipologia delle prestazioni da ammettere a rimborso, secondo le tariffe previste, è stabilita dalla CAMPA sulla scorta delle risultanze e dei dati clinici rilevabili dalla documentazione sanitaria e amministrativa prodotta.

Articolo 17

I ricoveri sono riconoscibili per le malattie che richiedono interventi chirurgici, per gravi patologie da diagnosticarsi o non curabili a domicilio o per il parto.

Non sono riconosciuti i ricoveri eseguiti per l'effettuazione di soli check-up. Non sono riconosciute le ospedalità per le malattie indicate dall'art. 19 dello Statuto, nonché per le malattie croniche salvo brevi periodi di riacutizzazione comprovata. Non sono riconosciuti gli interventi eseguiti

a scopo palliativo che non rispondano a criteri di appropriatezza e proporzionalità secondo le linee guida e buone pratiche cliniche assistenziali accreditate SSN, valutati dall'Organo Sanitario.

Non sono pure riconosciute le spedalità che in qualsiasi modo possono essere giudicate spedalità per la semplice custodia o per assistenza infermieristica.

Per le degenze in medicina il concorso giornaliero comprende oltre alle spese di retta degenza, medicinali, analisi cliniche, radiologia, accertamenti diagnostici, anche gli onorari medici ed è riconoscibile per un massimo di 90 giorni nell'arco dell'anno solare e fino ad un massimo di 30 giorni per ogni evento patologico.

Articolo 18

Per ogni richiesta di assistenza relativa a ricoveri, sia in forma diretta sia in forma indiretta, deve essere effettuata la comunicazione di "apertura della malattia" contenente nome e cognome e numero tessera dell'assistito accompagnata dalla prescrizione del medico curante con motivazione, diagnosi o sospetto diagnostico che rende necessario il ricovero, prognosi e data da inviarsi agli uffici della CAMP entro e non oltre l'ottavo giorno dall'inizio della degenza. Per ricoveri all'estero il termine viene elevato a quindici giorni.

Protraendosi il ricovero oltre ai 20 giorni l'associato dovrà darne comunicazione alla CAMP per ottenere la eventuale proroga. Alla fine del ricovero, non oltre tre mesi dalla data di dimissione, l'associato deve trasmettere agli uffici della CAMP la documentazione giustificativa delle spese sostenute con specifica distinzione tra la spesa per la degenza, quella per gli onorari medici e le altre prestazioni sanitarie.

Tale documentazione deve essere sempre comprovata dalla copia della cartella clinica ospedaliera. Per ricoveri all'estero il termine per la presentazione della documentazione di spesa è elevato ad un anno dalla fine del ricovero.

Articolo 19

Per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, diagnostiche e le altre che non comportano ricovero, le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse alla CAMP entro 30 gg. dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione medica completa di diagnosi ed alla copia del referto indicante la specifica delle prestazioni svolte.

Articolo 20

La mancata apertura della malattia e il mancato invio della documentazione prescritta entro i termini previsti dagli artt.18 e 19 del presente Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni.

Articolo 21

La CAMP effettua gli accertamenti sanitari sugli assistiti che richiedono le prestazioni ai sensi del presente Regolamento, attraverso l'attività dei propri medici fiduciari. Il rifiuto di sottoporsi agli accertamenti sanitari, determina la decadenza del diritto alle prestazioni per il caso della malattia in corso.

DISCIPLINA DEGLI ORGANI DI AMMINISTRAZIONE

Articolo 22

Il Presidente dell'Assemblea è eletto a maggioranza degli

associati presenti. Il Presidente, eletto dall'Assemblea, propone di volta in volta il regolamento dei lavori, prevedendo il tempo e la disciplina degli interventi, delle interrogazioni e delle modalità di votazione.

Articolo 23

Il diritto di voto è esercitato da tutti i Soci ordinari persone fisiche aventi maggiore età nonché dai Soci persone giuridiche (Fondi Sanitari Integrativi e altre SMS) in conformità all'art. 22 dello Statuto.

I Fondi sanitari integrativi esterni e le SMS, che siano divenuti Soci della CAMP, esercitano il diritto di partecipazione e di voto alle Assemblee ai fini della rappresentanza dei loro iscritti tramite i propri legali rappresentanti o loro delegati in ragione di un voto ogni 100 loro iscritti o soci assistiti dalla CAMP con il limite massimo di cinque.

Per il Fondo Sanitario pluriaziendale della CAMP cui pure si applica il principio della mutualità mediata si rimanda all'articolo specifico del relativo Regolamento.

Per eventuali Sezioni Soci speciali si rimanda al relativo Regolamento.

Articolo 24

Per ogni Assemblea ordinaria e straordinaria il Presidente dell'Assemblea stessa, nomina un segretario, che per l'Assemblea straordinaria sarà un notaio nominato dal Consiglio di Amministrazione, che provvederà a redigere il verbale e tutti gli atti scritti che si rendessero necessari, e una commissione di vigilanza preposta alla verifica dell'operazione di voto.

Articolo 25

Le modalità per l'esercizio del voto per corrispondenza, secondo quanto previsto dall'art. 22 dello Statuto, sono stabilite di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione. Per l'espletamento delle votazioni per corrispondenza, per le elezioni delle cariche sociali, il Consiglio di Amministrazione deve nominare un'apposita Commissione di vigilanza di tre membri scelti tra gli iscritti residenti nei capoluoghi di provincia maggiormente rappresentati, con il compito di coordinare le operazioni relative e affiancare l'opera del notaio designato ai sensi dell'art. 22 dello Statuto. Per le operazioni di scrutinio dei voti espressi per iscritto su scheda, si ricorrerà all'opera di un ufficio di riscontro composto da due Scrutatori e da un Presidente scelti dal Consiglio di Amministrazione tra persone non iscritte alla CAMP. L'ufficio di riscontro sarà sottoposto alla direzione ed al controllo della Commissione di vigilanza.

Articolo 26

Al fine di stabilire il numero dei Consiglieri, dei Sindaci e dei Proviviri da eleggere secondo quanto previsto dall'art. 26 dello Statuto, il Consiglio di Amministrazione deve avanzare formale proposta all'Assemblea Generale.

Articolo 27

Il Comitato Esecutivo nominato a mente dell'art. 26 dello Statuto si riunisce almeno ogni due mesi per l'esame dei problemi e l'adozione di provvedimenti inerenti le competenze e le materie ad esso delegate dal Consiglio di Amministrazione redigendo apposito ordine di lavori. In ogni riunione dovrà essere redatto verbale da trascrivere nell'apposito libro verbali.

Articolo 28

Il Consiglio di Amministrazione può nominare, con deliberazione motivata, Commissioni di studio fissando la durata massima dei lavori e il compenso dei singoli componenti.

Articolo 29

Il Consiglio di Amministrazione provvede all'attuazione di quanto disposto dal punto l) dell'art. 26 dello Statuto solo allorché esistano comprovate esigenze di funzionalità.

Il Consiglio di Amministrazione può conferire incarichi fiduciari a persone fisiche iscritte alla CAMPA quando gli esposti al rischio superino le 100 unità nella provincia, stabilendo l'entità del rimborso delle spese di rappresentanza e di amministrazione.

Qualora gli esposti al rischio residenti nella regione superino le mille unità, il Consiglio di Amministrazione può nominare un delegato regionale invitandolo alle sedute consiliari senza diritto di voto. L'incarico di Fiduciario e di Delegato Regionale sono incompatibili con qualsiasi carica sociale.

Articolo 30

Il Presidente con deliberazione motivata può disporre spese che non superino singolarmente l'importo di € 5.000,00 per il funzionamento degli uffici, per favorire l'attività di rappresentanza e per pubbliche relazioni dell'Ente, nell'ambito degli stanziamenti di bilancio.

Il Presidente o il Vicepresidente firma congiuntamente al Direttore i mandati di pagamento sia per le spese sanitarie che per le spese di amministrazione nell'ambito delle deliberazioni assunte dall'Assemblea Generale, dal Consiglio di Amministrazione e dal Comitato Esecutivo. Possono essere delegati altri Amministratori e Dipendenti con specifica delibera del CdA.

Articolo 31

Il Direttore partecipa alle sedute del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Esecutivo. Redige i relativi processi verbali e ne cura la registrazione negli appositi libri sociali. Egli applica le direttive del Consiglio di Amministrazione e del Comitato Esecutivo per quanto al medesimo delegato e del Presidente. È responsabile del funzionamento degli uffici centrali e periferici e ne cura l'efficienza, sulla base dell'ordinamento dei servizi deliberato dal Consiglio di Amministrazione in applicazione al disposto di cui al punto h) dell'art. 26 dello Statuto.

Articolo 32

Il Presidente affida di volta in volta incarichi temporali a medici generici e specialistici per l'attività del controllo sanitario previsto dal precedente art. 21.

GESTIONE FINANZIARIA**Articolo 33**

L'entità delle quote di iscrizione una-tantum e dei contributi associativi, viene stabilita dal Consiglio di Amministrazione entro il mese di novembre di ciascun anno, in sede di redazione del bilancio di previsione. La quota di iscrizione può essere ridotta dal Consiglio di Amministrazione qualora le iscrizioni avvengano tramite Organizzazioni Rappresentative o si realizzino convenzioni per coperture collettive. Le quote di iscrizione possono essere anche utilizzate in funzione di necessità promozionali per l'acquisizione di nuovi associati. I contributi non possono

subire alcuna riduzione tranne lo sconto del 20% per la quarta persona iscritta, del 30% per la quinta, del 40% per la sesta e del 50% per la settima e successive persone dello stesso nucleo familiare: gli sconti vengono calcolati ordinando i familiari di un nucleo, in ordine decrescente di età. Nel caso di particolari tipi di assistenza integrativa istituiti dal Consiglio di Amministrazione, i contributi possono essere correlati e differenziati dai contributi di altri tipi e la gestione dovrà essere improntata a criteri di autosufficienza.

Articolo 34

I bilanci consuntivo e sociale, una volta approvati dall'Assemblea Generale, e tutti gli atti contenenti modifiche dello Statuto, devono essere trasmessi agli Uffici competenti di controllo, secondo quanto previsto dalle leggi vigenti.

Articolo 35**CLAUSOLA ARBITRALE**

Per i casi di controversie di natura medica sull'ammissibilità a rimborso delle pratiche di malattia, nonché sulla misura dei rimborsi o dei sussidi, qualora l'associato non intenda rivolgersi o non si ritenga soddisfatto della decisione del Collegio dei Probiviri (che interviene come amichevole compositore), l'Associato e la CAMPA si obbligano a far decidere la controversia da un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo dai due medici già nominati o, in caso di inerzia o di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bologna. Il Collegio ha sede in Bologna e decide attenendosi alle condizioni di copertura assistenziale contenute nello Statuto, nel Regolamento e nel Piano di Assistenza. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico. Tutte le altre controversie relative al rapporto associativo, comprese quelle inerenti alla sua validità, interpretazione, esecuzione e risoluzione, ad eccezione di quelle in materia di contributi associativi che rientrano nel contenzioso ordinario, saranno deferite in via esclusiva alla decisione di un Collegio di tre arbitri, da nominarsi uno per ciascuna delle parti, ed il terzo di comune accordo dai primi due. Sede dell'arbitrato sarà Bologna. In caso di inerzia di una delle parti, o di disaccordo dei due arbitri già nominati circa la designazione del terzo, provvederà alla nomina il Presidente del Tribunale di Bologna, su richiesta della parte interessata. Gli arbitri decideranno in via rituale secondo diritto e nel rispetto delle norme di cui agli artt. 816 ss. c.p.c.. In ogni caso il foro competente per le controversie non rientranti nella presente clausola compromissoria sarà quello di Bologna.

Articolo 36

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente Regolamento Generale relativo ai rapporti associativi con i Soci persone fisiche e alle formule di assistenza sanitarie ad adesione volontaria, in materia di iscrizioni, gestione contributiva, prestazioni, carenze, modalità di fruizione dell'assistenza, rappresentanza in Assemblea sia degli iscritti al Fondo Sanitario istituito dalla CAMPA, sia nei rapporti di mutualità mediata con altri Fondi e SMS, sia di eventuali Sezioni Soci speciali, si fa rinvio ai relativi regolamenti specifici del Fondo Sanitario istituito o a quelli delle coperture collettive aziendali o speciali o alle singole Convenzioni e Accordi.