

**CAPITOLATO TECNICO
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE
IN SERVIZIO
DELLA FINANZIARIA LIGURE PER LO SVILUPPO
ECONOMICO S.P.A.
DI CONTRIBUTI ECONOMICI IN
OCCASIONE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente disciplinare, ad erogare al Personale dipendente (in seguito denominato Assistito) in forza presso F.I.L.S.E. S.p.A. in data 01/01/2016 ed ai rispettivi familiari di cui al successivo art. 2, (che saranno comunicati a entro 30 giorni dalla sottoscrizione del contratto, contributi economici nei casi di malattia, infortunio e parto, secondo le norme appresso indicate.

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITÀ DEL DISCIPLINARE

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo articolo 4, è prestata a favore dell'Assistito e si estende al coniuge ed ai figli, ivi compreso il convivente more-uxorio e relativi figli (in seguito denominati Assistiti).

L'assicurazione/assistenza può essere estesa, con versamento del relativo premio/contributo a carico del dipendente, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli non fiscalmente a carico purchè risultanti dallo stato di famiglia.

L'ASSISTENZA E' OPERANTE

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- senza limiti di età;
- durante il permanere del rapporto di lavoro con l'Ente aderente e fino alla prima scadenza annuale dell'assistenza in caso di cessazione del rapporto di lavoro stesso;
- senza limitazioni territoriali.

ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di cui al presente disciplinare sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € 150.000,00 - elevata ad € 250.000,00 (per nucleo familiare) in caso di grande intervento chirurgico (quale ricompreso nell'allegato elenco) - fermo restando quanto eventualmente previsto alle prestazioni di cui al successivo art. 4, ove per limite di assistenza per nucleo si intende la disponibilità unica ovvero la massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare assistito per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Inoltre, qualora nel nucleo assistito sia presente un familiare portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa, il limite di assistenza si intenderà maggiorato del 20%.

Nel caso in cui gli Assistiti vengano inclusi nell'assistenza in data successiva (ad esempio: matrimonio, nuovi nati ecc.) opera il limite assistenziale annuo previsto per il nucleo.

ART. 4 - PRESTAZIONI

A- PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

La (.....) rimborsa:

1) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (comprese protesi ed endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assistito infermo);
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e rese

necessarie dall'intervento chirurgico; trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 180 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico;

La (.....), dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.200,00 anno/nucleo, per interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri effettuati in caso di anisometria superiore o deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

2) In caso di ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:

- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici specialistici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 gg. precedenti il ricovero e nei 120 gg. successivi (solo per spese inerenti terapie oncologiche) e resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

3) In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;

La (.....), dedotto lo scoperto previsto, non rimborserà somma maggiore di € 2.800,00 per anno/nucleo.

4) Per il neonato:

- le spese per gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestatati durante il ricovero, con il limite di € 1.700,00 anno/nucleo.

5) La (.....) rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:

- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera, per un accompagnatore dell'assistito infermo con il limite giornaliero di € 55,00 e con un massimo di 30 gg.;
- compensi a squadre di soccorso per trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario (esclusa l'autovettura), con il limite di € 2.000,00 anno/nucleo per il trasporto in Italia e di € 3.000,00 anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
- trasporto in Italia e all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore con il limite di € 1.300,00 per evento.

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la (.....)) richiede il pagamento di un anticipo, la (.....) provvederà a rimborsare all'Assistito che ne faccia domanda le spese sostenute a tale titolo entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B- SCOPERTO.

Il rimborso delle spese di cui alla precedente lett. A prevede:

- **Ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la (.....) (sia struttura sanitaria che équipe medica)**

lett. A punti 1), 2), 3) e 4): non viene applicato alcuno scoperto. Nessuno scoperto viene applicato, inoltre, per le prestazioni antecedenti e successive al ricovero, pur se effettuate non usufruendo della rete convenzionata (.....).

• **Ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la (.....)**

lett. A punti 1), 2) e 3): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di € 250,00 ed un massimo di € 500,00 per ricovero (compresi gli interventi chirurgici effettuati in regime di Day Hospital o ambulatorialmente).

lett. A punto 4): non viene applicato alcuno scoperto.

In caso di ricovero a seguito di grande intervento chirurgico (quale ricompreso nell'allegato elenco) non viene applicato alcuno scoperto.

C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla precedente lett. A (relative al solo periodo del ricovero) sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la (.....) corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

L'indennità sarà pari ad € 130,00 per i ricoveri con e senza intervento chirurgico e verrà erogata per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) per assistito infermo, fino ad un massimo di 300 gg. per anno/nucleo.

La (.....) inoltre corrisponde — nei casi di cui sopra - le spese sostenute per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero nonché la "differenza di classe" relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla precedente lett. A) senza applicazione di alcuno scoperto.

D - PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI

La (.....) rimborsa "prestazioni di alta specializzazione" (di cui al successivo punto 1), con il limite assistenziale di € 7.000,00 anno/nucleo e "prestazioni specialistiche" (di cui al successivo punto 2), con il limite assistenziale di € 2.500,00 anno/nucleo.

1) PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

- AGOASPIRATO
- ALCOLIZZAZIONE
- AMNIOCENTESI oltre il 35° anno di età, se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto, per sospetta patologia a carico della gestante o del feto;
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE
- ARTROGRAFIA
- BRONCOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- CAPTAZIONE TIROIDEA
- CARDIOTAC
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOSCOPIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA

- COLECISTOGRAFIA
- COLONSCOPIA
- CORONAROGRAFIA
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- DIALISI
- DOC
- DOPPLER
- DUODENOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOCOLORDOPPLER
- ECODOPPLER
- ECOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ELETTROSCOPIA
- ESAME CITOLOGICO
- ESOFAGOSCOPIA
- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA
- GALATTOGRAFIA
- GASTROSCOPIA
- HOLTER
- LASERTERAPIA
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- MOC
- PANCOLONSCOPIA
- PET
- RADIONEFROGRAMMA
- RADIOTERAPIA
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA
- RETINOGRAFIA
- RETTOSCOPIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- RX ESOFAGO
- RX TUBO DIGERENTE
- SCINTIGRAFIA
- SPECT
- TAC
- TELECUORE
- TERAPIE RADIANTI
- UROFLUSSOMETRIA
- UROGRAFIA
- VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o per sospetta patologia a carico della gestante o del feto

2) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- I. Onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche non conseguenti ad infortunio;
- II. analisi ed esami diagnostici (con l'esclusione di quelli elencati al precedente punto 1);
- III. logopedia a seguito di malattia o infortunio effettuata da medico specialista o logopedista diplomato per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi;
- IV. terapie prescritte da medico specialista;
- V. applicazione di apparecchio gessato o presidio terapeutico similare.

Le prestazioni di cui alla presente lettera D (punti 1 e 2) vengono accordate con uno

scoperto, per ogni richiesta di rimborso relativa allo stesso ciclo di cura, del 20% con il minimo di € 25,00.

I tickets relativi alle prestazioni di cui sopra vengono rimborsati senza applicazione di alcuno scoperto.

E - PROTESI

La (.....) rimborsa le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche ed acustiche con il limite di € 1.200,00 anno/nucleo .

F - TRASPORTO DEL DEFUNTO

La (.....) rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'assistito infermo a seguito di ricovero in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione. Le spese di cui sopra vengono accordate con il limite di € 1.800,00 anno/nucleo.

G - LENTI E OCCHIALI

La (.....) rimborsa, entro il limite di € 600,00 anno/nucleo e di € 200,00 anno/pro-capite, le spese sostenute per l'acquisto della montatura, delle lenti e/o lenti a contatto a seguito di modifica del visus o per prima prescrizione (entrambe certificate da medico specialista od optometrista), per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto di € 25,00 per ciascuna fornitura.

H - CURE DENTARIE

La (.....) rimborsa, con il limite di € 1.000,00 anno/nucleo, le seguenti prestazioni:

- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- cure odontoiatriche;
- cure ortodontiche.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto per ogni richiesta di rimborso relativa allo stesso ciclo di cura del 30% con il minimo di € 50,00.

I - CURE ONCOLOGICHE

La (.....) rimborsa, con il limite di € 9.000,00 anno/nucleo, le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- terapie radianti;
- visite specialistiche.

Il rimborso delle suindicate prestazioni (qualora già previste dalla precedente lett. D), avviene utilizzando in primo luogo il limite di assistenza indicato alla presente lett. I, ovvero, in caso di esaurimento dello stesso, utilizzando quello indicato alla precedente lett. D.

ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non

- terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
 - i ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito infermo all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
 - i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito/i di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
 - le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 - interventi di cheratotomia refrattiva con laser ad eccimeri salvo quanto previsto all'Art. 4, lett. A, punto 1) comma V;
 - le prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di day hospital, etc.);
 - agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
 - prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
 - psicoterapia (ove prevista) non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
 - logopedia non effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato;
 - cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie salvo quanto previsto all'art. 4 lett. H;
 - infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
 - conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assistito/i, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 6 - CRITERI E MODALITA' DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, nei limiti previsti dal presente Disciplinare, delle spese sostenute, l'Assistito deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. Le ricevute sanitarie e di spesa devono essere trasmesse in fotocopia sottoscritta per copia conforme all'originale (salvo impegno a produrre i documenti originali su richiesta).

La (.....) non restituisce gli eventuali originali dei documenti di spesa, nonché quelli relativi alla documentazione sanitaria, allegati alle richieste di rimborso accettate, salvo che vi sia espressa documentata richiesta degli stessi da parte dell'Amministrazione finanziaria. La (.....) restituisce, invece, tempo per tempo gli originali della documentazione allegata alle richieste di rimborso rigettate. Periodicamente, e comunque in tempo utile per la presentazione della dichiarazione dei redditi, la (.....) trasmette all'Assistito un estratto conto liquidativo contenente il dettaglio delle prestazioni sanitarie liquidate nell'anno precedente.

La (.....) effettua il rimborso direttamente all'Assistito, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, di norma entro 60 gg. (termine decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente disciplinare, ivi inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). Ove, successivamente, il rimborso dovuto risulti inferiore a quello erogato o non dovuto affatto, la (.....) provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato.

Per i cicli di cura che si protraggono oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare - entro e non oltre il 30° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese ai limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separati scoperti — ove previsti - per le diverse annualità. Il mancato rispetto di tale termine può comportare decadenza dal diritto al rimborso.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

L'Assistito e gli Assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della (.....), in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

.ART. 7 - INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

Inclusioni

Oltre il termine di del 31 ottobre di ogni anno l'inserimento in copertura/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- a) assunzione;
- b) nascita/adozione/affidamento figlio;
- c) matrimonio;
- d) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio;
- e) venire meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro;

In questi casi la garanzia decorre dalla data dell'evento e deve essere effettuata entro il termine di 40 giorni dalla predetta data. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale scadenza, la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è pervenuta a la relativa comunicazione

Esclusioni

La revoca della copertura/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione dal servizio;
- b) decesso dell'assicurato/assistito o di un suo familiare;
- c) divorzio;
- d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio o per il familiare fiscalmente non a carico;
- e) adesione di un familiare ad una copertura sanitaria collettiva predisposta dal datore di lavoro;
- f) raggiungimento del limite di età.

La copertura/assistenza rimane in essere fino alla prima scadenza annuale nella quale si è verificato l'evento e pertanto i premi/contributi risultano acquisiti.

LETTO APPROVATO E SOTTOSCRITTO

LA SOCIETA'

XXXXX

FINANZIARIA LIGURE
PER LO SVILUPPO ECONOMICO S.P.A.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tunduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - enucleazione delle cisti.
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO (Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO (Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.

- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.
- Artroprotesi anca totale (comprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante).

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Oculistica

- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

- Tutti.