



Allegato 1.b

PIANO GRANDI RISCHI PENSIONATI

**CAPITOLATO
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN QUIESCENZA
DELLA CONSOB
DI SERVIZI E CONTRIBUTI ECONOMICI
A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA E INFORTUNIO**

***[Il presente capitolato verrà integrato sulla base del contenuto dell'offerta tecnica
presentata in gara dall'affidatario]***

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa (di seguito: Cassa), aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di servizi e contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in quiescenza della Consob e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente capitolato, a erogare rimborsi di spesa e contributi economici agli assistiti a fronte di spese sanitarie per malattia e infortunio secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.2.2019 alle ore 24.00 del 31.1.2022. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° febbraio al 31 gennaio successivo.

E' sempre facoltà dell'assistito ottenere le prestazioni mediche secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista (c.d. convenzione diretta).

L'adesione al Piano Grandi rischi è alternativa rispetto al Piano Unico.

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO

Possono aderire come titolari dell'assistenza (di seguito: Titolari), purché non abbiano compiuto 85 anni all'1.2.2019:

- a. i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti"), iscritti o meno alle vigenti assistenze;
- b. i pensionati non iscrivibili nel Piano Unico per il raggiungimento del limite di età (80 anni);
- c. i subentrati nella posizione assistenziale del pensionato deceduto iscritto alla vigente Grandi rischi pensionati, limitatamente al nucleo già assistito.

Può altresì aderire il personale che cesserà dal servizio con diritto a pensione successivamente al 31.1.2019.

Su richiesta del Titolare l'assistenza si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge/unito civilmente anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di **85** anni.

L'assistenza può inoltre includere i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il Titolare, su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie.

La situazione relativa al carico fiscale e alla convivenza dichiarata all'adesione è valida per tutta la durata del contratto ed è imm modificabile.

L'inserimento di un figlio comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il Titolare. Non è obbligatorio inserire in assistenza i figli che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie ("analoga assistenza").

L'assistenza viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità assistenziale in cui il Titolare raggiunge l'85° anno di età; l'estensione al coniuge cessa comunque al termine dell'annualità assistenziale in cui raggiunge l'85° anno di età.

Le previsioni di cui sopra sono valide fatti salvi i casi di cui all'art. 5.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti.

In caso di decesso del Titolare, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto, fermo restando il limite degli 85 anni previsto per il coniuge superstite; a tal fine, un familiare deve subentrare nella posizione di Titolare dell'assistenza e pagare il contributo previsto, ove ancora dovuto.

Per tutti gli assistiti non aderenti a uno dei previgenti piani assistenziali stipulati dalla Consob, l'operatività dell'assistenza Grandi rischi è subordinata a un periodo di sospensione (c.d. "carenza"), fatta eccezione per i casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, matrimonio/unione.

La carenza decorre dall'ingresso in assistenza ed è pari a 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima della data di decorrenza dell'inserimento nella Grandi rischi.

ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA

Per “limite di assistenza” si intende l’importo massimo di contributi e rimborsi erogabili dalla Cassa in ogni anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

Il limite di assistenza è di [€ ...] per anno assistenziale, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell’annualità assistenziale, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI

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

1. La Cassa rimborsa, in caso di grande intervento chirurgico di cui all’elenco allegato:
 - onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi robot e macchinari (anche noleggiati e/o fatturati a nome dell’assistito), gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell’autonomia dell’assistito;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, medicinali, esami post intervento durante il ricovero;
 - rette di degenza fino all’importo di [€ ...] giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi effettuati in convenzione diretta);
 - accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche effettuati anche al di fuori dell’istituto di cura nei 60 giorni precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche; prestazioni finalizzate al recupero della salute quali prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) e trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 60 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall’intervento chirurgico (compreso il noleggio di apparecchiature per la fisioterapia in ambito domiciliare).

Nei casi di ricovero per il quale l’istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa rimborsa all’assistito che ne faccia domanda le spese sostenute entro il 100% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

2. La Cassa rimborsa inoltre le spese sostenute a fronte di:
 - compensi a squadre di soccorso per trasporto all’istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con un massimo di € 1.100,00 per evento;
 - vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell’assistito infermo, con il limite giornaliero di € 110,00 e con un massimo di 30 giorni per anno/nucleo;
 - trasporto all’estero e ritorno in caso di intervento per l’assistito infermo e un eventuale accompagnatore con il massimo di € 2.100,00 per evento.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, punto 1., prevede:

- per gli interventi effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica): nessun limite per la retta di degenza e l’applicazione di uno scoperto del 15%, con un minimo di € 750,00 e un massimo di € 2.750,00, per ricovero;
- per gli interventi effettuati **in regime indiretto con la Cassa**: applicazione di un limite di [€ ...] giornalieri per la retta di degenza e di uno scoperto del 20%, con un minimo di € 1.250,00 e un massimo di € 2.750,00, per ricovero.
- per gli interventi effettuati in **“regime misto”** (struttura sanitaria o *équipe* medica convenzionati con la Cassa): percentuale di scoperto prevista dai rispettivi regimi (15%, 20%) e minimo/massimo scoperto previsto per quello indiretto (€ 1.250,00/€ 2.750,00).

Le spese connesse a ricovero, anche se sostenute a cavallo di due annualità assistenziali, vengono rimborsate a valere sul massimale dell’anno assistenziale in cui è iniziato il ricovero e con applicazione di unico scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, punto 2., non prevede l’applicazione di alcuno scoperto.

Nei casi in cui l'assistito sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza nelle province di residenza, di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa per le prestazioni richieste, le spese sostenute saranno rimborsate secondo il regime di convenzione diretta.

C - PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

La Cassa rimborsa le seguenti "prestazioni di alta diagnostica", con un limite complessivo di € 1.000,00 per anno assistenziale/nucleo *[da inserire nel caso in cui l'affidatario abbia offerto in gara tali elementi: maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito siano presenti almeno tre figli fino a 28 anni all'inizio dell'anno assistenziale]*:

- AGOASPIRATO;
- AMNIOCENTESI (in alternativa: BI-TEST), oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto;
- ANGIOGRAFIA;
- ANGIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTROGRAFIA;
- BRONCOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA con eventuale biopsia;
- CARDIOTAC;
- CATETERISMO CARDIACO;
- CISTERNOGRAFIA;
- CISTOGRAFIA;
- CISTOSCOPIA;
- CLISMA OPACO;
- COLANGIOGRAFIA;
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;
- COLECISTOGRAFIA;
- COLONSCOPIA con eventuale biopsia;
- COLONSCOPIA VIRTUALE;
- CORONAROGRAFIA;
- DEFECOGRAFIA;
- DOPPLER;
- DUODENOSCOPIA;
- ECOCARDIOGRAMMA;
- ECODOPPLER;
- ECOCOLORDOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ECOENDOSCOPIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ELETTROMIOGRAFIA;
- ENDOSCOPIA;
- ESAME CITOLOGICO;
- ESAME ISTOLOGICO;
- ESOFAGOSCOPIA;
- FISTOLOGRAFIA;
- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;
- GALATTOGRAFIA;
- GASTROSCOPIA con eventuale biopsia;
- HOLTER;
- ISTEROSALPINGOGRAFIA;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA;
- MIELOGRAFIA;
- MOC/DOC;
- MONITORAGGIO PRESSORIO DELLE 24 H;
- OCT;
- ORTOPANORAMICA delle arcate dentali (ORTOPANTOMOGRAMMA);
- PANCOLONSCOPIA;
- PET;
- RADIONEFROGRAMMA;

- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;
- RETINOGRAFIA;
- RETTOSCOPIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- RX ESOFAGO;
- RX TUBO DIGERENTE;
- SCIALOGRAFIA;
- SCINTIGRAFIA;
- SPECT;
- SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA;
- TAC;
- TC DENTALSCAN;
- TELECUORE;
- TEST ERGOMETRICO MASSIMALE;
- UROFLUSSOMETRIA;
- UROGRAFIA;
- VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto.

Le prestazioni sono rimborsabili, come segue, solo se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico:

- se effettuate **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa**, viene applicata una franchigia fissa di € 40,00 per ciclo di cura;
- se effettuate **in regime indiretto con la Cassa**, viene applicato uno scoperto del 15% con un minimo di € 95,00 per ciclo di cura.

I *ticket* relativi alle prestazioni elencate vanno presentati con cadenza semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio) e sono integralmente rimborsati.

Nei casi in cui l'assistito sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza nelle province di residenza, di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa per le prestazioni richieste, le spese sostenute saranno rimborsate secondo il regime di convenzione diretta.

D - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla lett. A, punto 1., sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di intervento di cui all'elenco allegato al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio.

L'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) è pari a € 90,00, con un massimo di 300 giorni per anno/nucleo.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N., nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Cassa rimborsa il maggiore importo tra il conteggio relativo al totale delle diarie giornaliere spettanti e il rimborso delle altre spese sostenute di cui alla lett. A, punto 1.

E - TRASPORTO DEL DEFUNTO

La Cassa 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 uno degli interventi di cui all'elenco allegato con un limite annuo di € 1.550,00 pro capite. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F - CICLO DI CURA

Per ciclo di cura si intende una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia. Esso può iniziare con le prestazioni connesse ad un sospetto patologico e continuare con la formulazione della diagnosi definitiva.

La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi.

Nel caso in cui il ciclo di cura includa prestazioni di alta diagnostica rese in regime sia diretto sia indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato lo scoperto previsto per il regime indiretto. Fanno eccezione i casi in cui l'assistito, per fruire delle prestazioni richieste, sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa nelle province di residenza. In tali casi viene applicato la franchigia prevista per il regime diretto.

In caso di ricorso al regime indiretto, con la presentazione della richiesta di rimborso l'assistito **dichiara concluso** il ciclo di cura; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l'applicazione di un nuovo scoperto/franchigia.

Per tutte le spese sanitarie diverse da quelle connesse a ricoveri, il ciclo di cura si interrompe comunque il 31 gennaio di ciascuna annualità assistenziale; quindi per le spese sostenute successivamente a tale data si apre un nuovo ciclo di cura – attraverso una nuova richiesta di rimborso – con applicazione del relativo scoperto/franchigia e imputazione ai massimali della nuova annualità.

ART. 5 – CASI DI NON ASSISTENZA O DI ASSISTENZA CON PATTO SPECIALE

Non sono di norma assistibili - e l'assistenza cessa al manifestarsi delle relative patologie - le persone affette da apoplezia, epilessia, infermità mentale, alcoolismo, tossicomania, diabete (solo nei casi in cui il tasso di glicemia enzimica superi i 200 mg/100 ml), difetti fisici rilevanti, infermità gravi e permanenti che riducano singolarmente o nel complesso l'efficienza psicofisica in misura pari o superiore al 40%.

Al verificarsi di una delle condizioni patologiche sopra elencate, deve essere inoltrata tempestiva comunicazione alla Cassa. La mancata comunicazione rende inattivabile, per l'assistito, il ricorso alle prestazioni della Cassa e non dà titolo a ottenere il rimborso dei contributi versati fino alla data in cui tali condizioni vengono accertate dalla Cassa.

In presenza di tali patologie, la Cassa può comunque deliberare l'assistibilità tramite un patto speciale, che ne fissa condizioni e limiti.

ART. 6 – ASSISTENZA DIRETTA, ASSISTENZA INDIRETTA E SERVIZI WEB

Le prestazioni in convenzione diretta devono essere richieste alla Cassa con un preavviso di almeno dieci giorni lavorativi. La Cassa garantisce la risposta (autorizzazione o motivato diniego) con un preavviso minimo di tre giorni lavorativi (72 ore) rispetto alla data della prestazione richiesta.

La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro tre giorni lavorativi (72 ore) dalla ricezione della richiesta di autorizzazione. La richiesta di integrazione documentale deve essere opportunamente motivata e contenere l'indicazione specifica dei documenti necessari. Resta fermo in ogni caso l'obbligo della Cassa di provvedere sulla richiesta di erogazione della prestazione a seguito della ricezione della documentazione. Laddove la documentazione integrativa sia trasmessa alla Cassa entro il termine di quattro giorni lavorativi (96 ore) dalla data della prestazione richiesta, la Cassa garantisce la risposta con un preavviso minimo di due giorni lavorativi (48 ore) dalla data della prestazione medesima.

Rimane fermo il diritto dell'assistito di chiedere l'autorizzazione con un preavviso inferiore a 10 giorni lavorativi. In questa ipotesi, la Cassa garantisce la risposta prima dell'esecuzione della prestazione a condizione che la richiesta pervenga con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (72 ore) rispetto alla prestazione. La Cassa garantisce l'effettuazione delle prestazioni in convenzione diretta senza il rispetto del preavviso minimo dei tre giorni lavorativi (72 ore) limitatamente alle patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni in forma indiretta, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante il sospetto diagnostico o la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate e fiscalmente in regola con le disposizioni di legge, dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. La documentazione deve essere trasmessa via *web*, redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana.

A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - oltre che in versione “desktop”, anche in versione “mobile” e/o mediante applicazioni mobile (per smartphone e tablet) – [da inserire nel caso in cui l'affidatario abbia offerto in gara tali elementi: accessibile ai non vedenti] (nel quale sono disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica), tramite il quale:

- inoltrare le richieste di rimborso, allegando tutta la relativa documentazione in forma elettronica;
- visualizzare le pratiche inoltrate, il relativo status, i rimborsi disposti e i massimali residui.

In alternativa, la richiesta di rimborso può essere trasmessa tramite posta cartacea.

La Cassa effettua il rimborso direttamente al Titolare, di norma mediante accredito sul conto corrente - anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro il termine di 30 giorni (decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato, inclusa quella

relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; la richiesta di integrazione documentale deve essere opportunamente motivata e contenere l'indicazione specifica dei documenti necessari. In tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso risulti superiore a quello dovuto o non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. In caso di violazione dei termini previsti dal presente capitolato, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni - pari allo 0,02% per ogni giorno di ritardo. I rimborsi sono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area euro, i rimborsi sono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Ogni diniego di rimborso dev'essere motivato per iscritto dalla Cassa, anche per via elettronica.

Nel caso in cui, a giudizio insindacabile della Consob e previo contraddittorio con la Cassa, risultino palesemente generiche, ovvero insussistenti o infondate le ragioni poste a fondamento del diniego delle prestazioni richieste dal Titolare, la Cassa è tenuta a condurre una nuova istruttoria sull'istanza e a provvedere entro il termine di 15 giorni dalla richiesta della Consob, ferma restando l'applicazione delle penali previste dal contratto.

Gli assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi a eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, 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 – REVOCA E MODIFICHE

Salve le fattispecie espressamente previste, l'adesione ai piani assistenziali è IRREVOCABILE e IMMODIFICABILE per l'intero periodo di vigenza del contratto, così come la mancata adesione impedisce il successivo inserimento in assistenza.

ART. 8 – INCONTRI PERIODICI SU CASI CONTROVERSI

La Cassa partecipa a incontri mensili con la Consob per verificare la corretta esecuzione del contratto e per esaminare i casi controversi segnalati alla Consob dagli assistiti e ritenuti meritevoli di approfondimento. Alle riunioni potrà partecipare, se richiesto, anche il Titolare dell'assistenza e, ove del caso, il medico di fiducia del Titolare.

Gli incontri – a insindacabile giudizio della Consob – potranno tenersi presso le sedi della Consob di Roma o Milano oppure presso gli uffici della Cassa. Ciascuna parte interviene alla riunione a proprie spese.

ART. 9 – CONTROVERSIE - ARBITRATO

Le controversie di natura medica possono essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti, che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La volontà di deferire la controversia al collegio arbitrale espressa da una delle parti è vincolante per l'altra.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (assistito e Cassa) sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i soggetti.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma,

CASSA

CONSOB

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione (totale o parziale) dello stomaco.
- 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, emicolectomia e resezione rettocolica.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.
- Laparotomia e laparoscopia esplorativa.
- Exeresi tumore peritoneale.

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 tonduplicatio.

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 per neoplasie pancreatiche.
- 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 e indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia e altri interventi simili.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.
- Interventi per traumi vertebrali.
- Somatomia vertebrale e relativi interventi sui dischi intervertebrali.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia e 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

- Asportazione di tumori intracardiaci.
- 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.

INTERVENTI SUL MEDIASTINO:

- interventi per tumori.

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 (lobectomy, pneumonectomy).
- 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.
- Emipelvectomy.
- Artroplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA

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

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy.

GINECOLOGIA

- Pannistectomy radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

- Iridocicloterazione da glaucoma.
- Interventi per neoplasie del globo oculare.
- Interventi di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione tumori glomici-timpano-giugulari.

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laryngectomy totale.
- Faringolaryngectomy.

Orecchio

- Antro-atticotomy.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.