

*Fondo integrativo sanitario
dei dipendenti dai consorzi di bonifica
e miglioramento fondiario*



FONDO INTEGRATIVO SANITARIO

00184 Roma - Via Torino, 6 - Tel. 06/47824858 - Fax 06/47824603

PRESENTAZIONE

Il Fondo Integrativo Sanitario - F.I.S. - istituito per volontà delle parti stipulanti il contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti dai consorzi di bonifica e di miglioramento fondiario, è operativo dal 1989 ed ha assolto le funzioni attribuitegli con efficacia e funzionalità.

Il Fondo garantisce le integrazioni sanitarie e le prestazioni assistenziali riportate nel presente opuscolo.

In particolare sono riconosciute agli iscritti ed al loro nucleo familiare:

- in caso di intervento chirurgico il rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, per l'intervento stesso, le rette di degenza nonché quelle per l'assistenza medica ad esso collegate: il tutto entro un massimale annuo che dal primo gennaio 2005 è di € 8.000;
- il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche, analisi ed esami diagnostici di laboratorio nel limite massimo di € 1.050 annue;

La quota di adesione al Fondo è di € 217 annue di cui € 108,50 a carico del consorzio di bonifica.

Con decorrenza dal 1° gennaio 2005, salvo rinuncia, saranno iscritti al Fondo tutti i dipendenti consortili (operai e impiegati) con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Per tutti coloro che si iscriveranno entro il 31 gennaio 2005 non si applicherà la norma prevista al terzo comma del paragrafo "Termini di aspettativa" del regolamento di attuazione (dal 180° giorno successivo ecct.).



Per previsione della norma contrattuale i consorzi forniranno a ciascun lavoratore comunicazione relativa alla facoltà di rinuncia.

La qualità e quantità delle prestazioni erogate dal Fondo è connessa anche al numero degli aderenti: su tale aspetto richiamo l'attenzione in considerazione anche del fatto che la quota di adesione, a carico del lavoratore, è già di interesse se rapportata alle attuali prestazioni che il Fondo garantisce ai lavoratori iscritti ed al loro nucleo familiare.

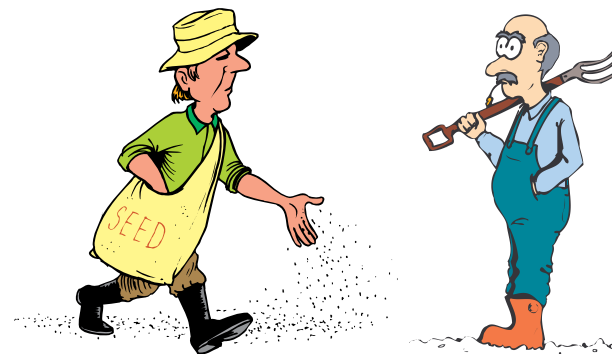
Una ultima considerazione: prima di decidere se rinunciare alla iscrizione al Fondo leggi con attenzione i contenuti del presente documento e ricorda che la mancata adesione significa, di fatto, un risparmio per il consorzio e una perdita di tutela per te e per il tuo nucleo familiare.

Il Presidente
Pietro Massini

PRINCIPI BASE DEL FIS

Il Fis (Fondo integrativo sanitario dei dipendenti dei Consorzi di bonifica e miglioramento fondiario) è operativo in attuazione dell'impegno assunto dalle parti con l'accordo collettivo nazionale di lavoro 2 giugno 1987, di rinnovo del c.c.n.l. 18 luglio 1985, ed è gestito, in Roma, dalle Organizzazioni sindacali dei lavoratori firmatarie del c.c.n.l.

Il Fondo garantisce ai lavoratori iscritti e al loro nucleo familiare prestazioni sanitarie integrative a quelle del servizio sanitario nazionale.



Qui di seguito vengono descritte le singole prestazioni e le misure delle stesse.

FORMULA A - GARANZIE OBBLIGATORIE

1. In caso di intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato, in conseguenza di infortunio, di malattia o di parto, il rimborso:

- delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- delle spese per l'assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- delle spese per le rette di degenza;
- delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di Cura e viceversa;
- delle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato l'intervento, sostenute dopo la cessazione del ricovero, per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi al ricovero stesso.

Tali garanzie sono prestate fino alla concorrenza della somma di € 8.000,00 (ottomila/00), da ritenersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.



Qualora l'iscritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'iscritto nella misura del 100%.

Nel caso in cui l'iscritto ritenga di non avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale o di ricoverarsi in Istituto di Cura non convenzionato (o in branca non convenzionata di Istituto convenzionato), la Società rimborserà le spese sopraelencate nella misura del 75% di quelle effettivamente sostenute e documentate.

2. Qualora, in caso di intervento chirurgico o di "grande intervento chirurgico" effettuato in Istituto di Cura, gli iscritti non abbiano sostenuto alcuna spesa, avranno diritto ad una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero di € 26,00 con un massimo di 60 giorni per anno assicurativo qualora non sia stata richiesto alcun rimborso in base al precedente punto 1.

3. Il rimborso, fino alla concorrenza della somma di € 1.050,00 (millecinquanta/00), da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato, delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari o ambulatoriali, rese necessarie da malattia o infortunio:



- onorari medici per visite specialistiche, escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche;

- analisi ed esami diagnostici di laboratorio, purchè pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati.

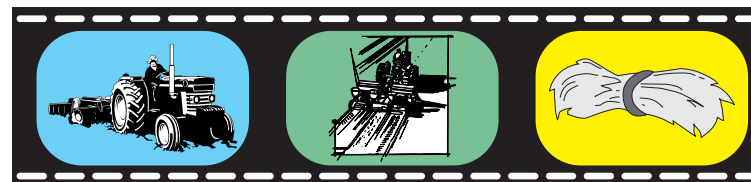
Il rimborso di tali spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di € 26,00 (ventisei/00) per ogni visita, analisi od esame e con il massimo risarcimento di € 105,00 (centocinque/00) per ogni visita e di € 520,00 (cinquecentoventi/00) per ogni analisi od esame diagnostico, fermo il limite massimo annuo di € 1.050,00 (millecinquanta/00).

Le visite specialistiche sono rimborsabili se dalla documentazione inviata risulta inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico che ha effettuato la visita. Nessun rimborso è quindi previsto per le prestazioni di medicina generica.

FORMULA B - GARANZIE FACOLTATIVE

In caso di "Grande Intervento Chirurgico" effettuato in Istituto di Cura pubblico o privato, il rimborso:

- delle spese per i relativi accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o in ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento);
- delle spese per l'assistenza medica, per le cure, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per gli esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- delle spese per le rette di degenza;
- delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di Cura e viceversa;
- delle spese rese necessarie dalla malattia o infortunio che ha determinato l'intervento sostenute dopo la cessazione del





ricovero, per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché per trattamenti fisioterapici o rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi al ricovero stesso.

Per “Grandi Interventi Chirurgici” si intendono quelli indicati nell’elenco allegato.

Tali garanzie sono prestate fino alla concorrenza della somma di € 11.400,00 (undicimilaquattrocento/00), da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Tali spese vengono rimborsate integralmente nel limite del massimale assicurato.

ISCRITTI AL FIS

- 1) Sono iscritti al Fondo i dipendenti dei Consorzi di Bonifica e di miglioramento fondiario e tutti coloro che operano nel settore la cui richiesta di iscrizione sia accolta dal Comitato di Gestione.
- 2) Il Fondo eroga le prestazioni sanitarie anche agli appartenenti del nucleo familiare dell’iscritto

Si conviene che per “nucleo familiare” si intende l’iscritto, il coniuge o il convivente “more uxorio” ed i figli fino a 26 anni, risultanti, al momento del sinistro, dallo “stato di famiglia” dell’iscritto stesso. Peraltro tale “stato di famiglia” dovrà essere allegato alla relativa denuncia di sinistro.

Per l’iscritto, il coniuge o il convivente “more uxorio” l’assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

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

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO

CONTRIBUZIONE

La contribuzione dovuta al Fondo per aver diritto alle prestazioni, è 50% a carico del datore di lavoro e 50% a carico del lavoratore ed è determinata dalla contrattazione collettiva.

Il suo ammontare attuale, è di:

FORMULA - A

A. garanzie obbligatorie € 217,00 (di cui 108,50 a carico del lavoratore)

FORMULA - B

B. garanzie facoltative € 325,50 (di cui 217,00 a carico del lavoratore)

Coloro che daranno l'adesione successivamente al 31 Dicembre di ogni anno, saranno tenuti a corrispondere un premio pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi, escluso quello di iscrizione, che mancano al complemento dell'anno assicurativo sia nel caso della sola garanzia obbligatoria sia nel caso di entrambe le garanzie.

RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI

La richiesta delle prestazioni deve essere inoltrata al Fondo nei seguenti termini:

- 365 giorni dall'ultimo giorno di ricovero nell'istituto di cura;
- 365 giorni dalla data della fattura per l'alta specializza-

zione;

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



DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE

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

A - Prestazioni sanitarie:

- copia autentica della cartella clinica in caso di ricovero in istituto di cura;
- la prescrizione medica e il conto quietanzato della spesa sostenuta in originale, in caso di accertamenti diagnostici, radiografici o altri esami per i quali il presente regolamento prevede il rimborso.

Per la liquidazione delle prestazioni che si riferiscono ai componenti del nucleo familiare il richiedente oltre alla documentazione sopra indicata dovrà presentare lo stato di famiglia.

DECESSO DELL'ISCRITTO

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

- atto notorio contenente le generalità complete degli eredi legittimi;
- delega di ciascuno degli eredi conferita ad uno di loro per



- riscuotere l'importo spettante;
- autorizzazione del giudice tutelare in caso di erede minorene.

CONTROLLI

Il Fondo al fine di accertare il diritto dell'iscritto alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private.

Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

NORME GENERALI DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE

Validità territoriale

La validità territoriale è riconosciuta in tutto il mondo.

Decorrenza

La validità dell'assistenza decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui viene effettuato il versamento della contribuzione nel conto corrente indicato dal Fondo, alla condizione che la scheda di adesione appositamente compilata, sottoscritta e controfirmata dal datore di lavoro, sia stata consegnata o trasmessa alla sede del Fondo, anche tramite le organizzazioni sindacali periferiche.

Delimitazioni dell'Assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione i rimborsi delle spese:

- per la cura dalle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonchè ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

da infortuni:

- derivanti da sports aerei dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- sofferti in conseguenza di azioni delittuose compiute dolosamente dall'iscritto, intendendosi invece compresi quelli



sofferiti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'iscritto stesso.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione:

- le cure e gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le cure dentarie e delle paradontopatie non rese necessarie da infortuni e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30 Giugno 1965, N. 1124 e successive modifiche;
- le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici.

Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limiti di età.

Termini di aspettativa

L'assicurazione prende effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della garanzia, per gli infortuni e per le visite specialistiche
- dal 30° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per le malattie;
- dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia, per i casi di ricovero con intervento chirurgico a seguito di malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, nonchè di malattie croniche o recidivanti;
- dal 270° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per il parto, per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.



Rinuncia all'azione di rivalsa

Il Fondo rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando integri i diritti dell'iscritto o dei suoi aventi causa verso i responsabili dell'infortunio o della malattia.

Criterio di liquidazione

Il Fondo effettua il pagamento di quanto dovuto all'iscritto, od ai suoi eredi, su presentazione, anche in copia, dei certificati medici, delle cartelle cliniche, dello stato di famiglia al momento di sinistro i di ogni altro documetno inerente al caso denunciato.

Per le spese soggette a rimborso, l'iscritto od i suoi eredi sono tenuti a presentare, in originale, le notule, le distinte e ricevute debitamente quietanzate.



Il rimborso deve essere richiesto entro un anno dalla data della fattura o del ricovero.

In caso di decesso dell'iscritto prima che sia stato pagato il rimborso, gli eredi, per ottenere la liquidazione, dovranno presentare i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- atto notorio o dichiarazione sostitutiva dello stesso con il quale almeno uno degli eredi indichi se l'iscritto abbia lasciato o meno testamento.

Durata dell'iscrizione

l'iscrizione scadrà alle ore 24 del 31 Dicembre di ogni anno, a condizione che l'iscritto ne abbia dato comunicazione almeno 6 mesi prima con lettera raccomandata al Fondo e al Consorzio.

La contribuzione relativa a ciascun anno di iscrizione dovrà essere versata entro il 31 Dicembre dell'anno precedente.

Coloro che daranno l'adesione successivamente il 31 Dicembre saranno tenuti a corrispondere una contribuzione pari a tanti dodicesimi quanti sono i mesi, escluso quello di iscrizione, che mancano al completamento dell'anno solare. Il ritardato versamento da parte dell'iscritto della contribuzione dovuta comporta per il periodo del ritardo stesso la perdita del diritto all'assistenza e nel caso di intervento chirurgico, il ripristino dei termini di aspettativa di cui al punto "Termini di aspettativa".

ELENCO "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"

CRANIO E SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

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

FACCIA E BOCCA

- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Correzione naso a sella.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale.

- con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Resezione del massiccio facciale per neoplasie maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronioide mandibolare. Trattamento chirurgico e ortopedico.
- Fratture dei mascellari superiori - trattamento chirurgico e ortopedico.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.

ESOFAGO

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

TORACE

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.

- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA CARDIACA

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

STOMACO E DUODENO

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

PERITONEO E INTESTINO

- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali.
- Idem con lesioni dell'intestino - resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura - resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.

RETTO E ANO

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

FEGATO E VIE BILIARI

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

PANCREAS E MILZA

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

VASI

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

PEDIATRIA

- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia dell'esofago.
- Fistola dell'esofago.

- Atresia dell'ano semplice
 - abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare
 - abbassamento addomino perineale.
- Eteratoma sacrococcigeo.
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto;
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Megacolon - operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroprotesi di anca.
- Protesi di femore.
- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di gomito.
- Protesi di Thompson.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di polso.
- Protesi di ginocchio.
- Vertebrotonomia.

UROLOGIA

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomy totale con ureterosigmoidostomia.
- Ileocisto plastica - colecisto plastica.
- Cistectomy totale.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia allargata per tumore.

- Nefroureterectomy totale.
- Trapianto del rene.

APPARATO GENITALE

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
- Metroplastica.
- Pannistectomy radicale per via addominale.
- Pannistectomy radicale per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.

OCULISTA

- Iridocicloretrazione.
- Trabeculectomia.
- Trapianto della cornea.

OTORINOLARINGOIATRIA

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

LARINGE

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

INDICE

1	Presentazione	pag.	3
2	Principi base del FIS	pag.	5
3	Garanzie obbligatorie	pag.	6
4	Garanzie facoltative	“	9
5	Iscritti al FIS	“	11
6	Estratto del Regolamento	“	12
7	Norme generali del regolamento di attuazione	“	15
8	Grandi interventi chirurgici (DPR 1763 del 28.12.65)	“	19