

CAPITOLATO TECNICO/SCHEMA DI CONTRATTO SERVIZIO DI ASSICURAZIONE INTEGRATIVA DELLE SPESE SANITARIE DEL PERSONALE DELLA SCUOLA

Stipulato tra:

Ministero dell'Istruzione

e del Merito

Viale Trastevere 76/a

P. Iva 80185250588

e

Ragione sociale

Sede legale

P. Iva

RELAZIONE DESCRITTIVA

Oggetto della presente Assicurazione è la copertura delle spese sanitarie a favore dei soggetti di seguito indicati:

1. Dirigenti scolastici;
2. Personale amministrativo, tecnico e ausiliario;
3. Docenti (di ruolo e supplenti);
4. Insegnati di religione;
5. Personale educativo;
6. Dirigenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito;
7. Dipendenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito;
8. Utilizzati (distaccati e comandati);

sostenute in conseguenza a malattia e infortunio nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme di cui al presente Capitolato Tecnico.

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui sopra ha durata di 48 mesi con effetto dalle ore 00:00 del giorno di attivazione del servizio e scadenza alle ore 24:00 del giorno corrispondente alla conclusione del 48° (quarantottesimo) mese. Il "giorno di attivazione" verrà definito d'accordo tra le parti a seguito della sottoscrizione del presente Capitolato Tecnico/Contratto.

Il premio annuale comprensivo di imposte deve intendersi fisso e pari a euro 80.000.000,00 riferito al numero totale degli assistiti risultante dallo stato di rischio e dai relativi aggiornamenti comunicati dal Ministero dell'Istruzione e del Merito nel corso della durata dell'appalto come previsto dall'Art. 5 Sezione 1.

Per ogni annualità di polizza, il numero totale degli assistiti stimato sui dati storici è pari 1.250.000 persone. La Società, con la sottoscrizione del presente Capitolato Tecnico, si impegna, tuttavia, a considerare nell'ambito del premio annuale sopra indicato fino a 1.400.000 assistiti.

La Società, ai sensi dell'art. 113 del Codice degli appalti pubblici, si impegna, per tutta la durata del presente Capitolato/Contratto, a garantire quanto segue:

- a) Dotazione di una rete convenzionata presente sull'intero territorio nazionale di strutture sanitarie in numero pari ad almeno 300 per ricoveri e 600 per le restanti prestazioni (visite specialistiche, diagnostiche, fisioterapiche, etc.). Le strutture convenzionate con la Società devono essere presenti in almeno 90 province;
- b) Dotazione di almeno 1500 medici odontoiatrici e odontotecnici convenzionati alla rete, presenti in almeno 90 province;
- c) Dotazione di almeno 29 Strutture convenzionate accreditate come IRCCS ("Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", sia pubblici che privati) presso i quali sia attivo il servizio di assistenza diretta, distribuiti sul territorio nazionale;
- d) Dotazione di un servizio di call center dedicato in lingua italiana, che operi attraverso un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero.

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione	La dimora abituale dell'Assistito.
Annualità assicurativa	Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di attivazione della polizza, quindi dalle ore 00.00 del giorno di attivazione del servizio fino alle ore 24:00 del giorno corrispondente alla conclusione del 12° (dodicesimo) mese, per ogni anno di durata del contratto.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, fatta eccezione per eventuali franchigie o scoperti a carico dell'assicurato. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dalla struttura sanitaria convenzionata e solo previa autorizzazione della Centrale Operativa. L'assistenza diretta comprende anche strutture in intramoenia sempreché convenzionate.
Assistenza indiretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza quando eseguite presso le strutture sanitarie non convenzionate qualora non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assistito. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso con i limiti di indennizzo, franchigie e scoperti previsti dal piano.
Assistenza S.S.N.	La modalità per la quale la prestazione è totalmente a carico del S.S.N. e non venga richiesto alcun pagamento della prestazione né in forma diretta, né in forma rimborsuale da parte dell'assistito per le garanzie previste dal piano.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Assistito	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Broker	Società incaricata di fornire i servizi di assistenza e consulenza relativi ai piani assicurativi del Ministero dell'Istruzione e del Merito, nonché la collaborazione alla gestione e alla esecuzione dei relativi contratti.

**Categorie
assicurate**

L'assicurazione è prestata a favore di:

1. Dirigenti scolastici;
2. Personale amministrativo, tecnico e ausiliario;
3. Docenti (di ruolo e supplenti);
4. Insegnanti di religione;
5. Personale educativo;
6. Dirigenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito;
7. Dipendenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito;
8. Utilizzati (distaccati e comandati).

Centrale Operativa

La struttura che, per conto della Società, provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura, dei medici e degli odontoiatri convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assistito che voglia accedere agli stessi.

**Certificato di
Assicurazione**

Il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali (decorrenza/scadenza della polizza, il premio, i soggetti assicurati, ecc.) del Piano Sanitario Base.

**Contraente/
Committente**

Il Ministero dell'Istruzione e del Merito.

Data evento

Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive – anche non in vigenza di copertura purché nel periodo previsto per il post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata e fatturata.

Difetto Fisico

La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Franchigia

Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assistito, è l'importo in misura fissa dedotto dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto che resta a carico dell'Assistito.
Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assistito.

Giorni

Ove non diversamente indicato si intendono giorni solari.

**Indennità
sostitutiva da
ricovero**

L'importo giornaliero erogato dalla Società che viene riconosciuto in caso di ricovero con oneri a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale per qualsiasi causa

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento

Chirurgico	Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.
Struttura sanitaria convenzionata	Le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malformazione	La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite
Massimale	La somma massima indennizzabile per ciascuna persona
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta alla compagnia di assicurazione per l'attivazione della copertura sanitaria.
Presa in carico	Autorizzazione rilasciata dalla Società all'effettuazione della prestazione sanitaria all'interno della struttura sanitaria convenzionata
Ricovero	Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento in reparto, documentato da una cartella clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
Ricovero per grandi interventi chirurgici	Ricovero per gli interventi presenti nell'apposito elenco che fa parte integrante del piano sanitario.
Ricovero senza Intervento causato da gravi eventi morbosi	Ricovero causato dagli eventi presenti nell'apposito elenco che fa parte integrante del piano sanitario.
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro.
Società/Fornitore	La Compagnia assicuratrice aggiudicataria che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio.
Scoperto	La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SEZIONE 1 – OGGETTO ED ASSISTITI

Art. 1 Oggetto della Copertura

Oggetto della presente Assicurazione è la copertura delle spese sanitarie a favore dei soggetti assistiti indicati al successivo Art. 4 Sezione 1 sostenute in conseguenza a malattia e infortunio nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti.

Art. 2 Effetto e durata

1. L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui sopra ha durata di 48 mesi con effetto dalle ore 00:00 del giorno di attivazione del servizio e scadenza alle ore 24:00 del giorno corrispondente alla conclusione del 48° (quarantottesimo) mese. Il "giorno di attivazione" verrà definito d'accordo tra le parti a seguito della sottoscrizione del presente Capitolato Tecnico/Contratto.

2. È data comunque facoltà alle parti di recedere dal contratto al termine del primo biennio, come disciplinato al successivo Art. 7 Sezione 1.

Art. 3 Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza

Qualora il ricovero abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa, sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'istituto di cura, per tutte le spese anche post ricovero previste dal piano sanitario.

Art. 4 Assistiti

Le garanzie del Piano Sanitario sono prestate in forma collettiva a favore dei seguenti soggetti, in costanza di servizio:

1. Dirigenti scolastici
2. Personale amministrativo, tecnico e ausiliario
3. Docenti (di ruolo e supplenti)
4. Insegnati di religione
5. Personale educativo
6. Dirigenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito
7. Dipendenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito
8. Utilizzati (distaccati e comandati)

A tal fine il Ministero dell'Istruzione e del Merito fornirà all'avvio della polizza e ad ogni rinnovo annuale lo "stato di rischio" con i dati anagrafici di tutti gli aventi diritto.

Art. 5 Variazioni degli assistiti in corso di annualità assicurativa

1. A seguito dell'aggiudicazione della procedura di gara, il Ministero dell'Istruzione e del Merito comunicherà alla Società, lo stato di rischio riportante l'anagrafica degli assistiti entro completa di tutti i dati necessari.

2. La Società entro il termine che verrà concordato con il Ministero, dovrà concludere l'inserimento di dette informazioni nei propri sistemi al fine di garantire una tempestiva attivazione del Piano Sanitario.

3. Le variazioni intervenute in corso dell'annualità assicurativa saranno comunicate dal Ministero dell'Istruzione e del Merito con cadenza mensile e precisamente entro e non oltre il 15 del mese.

4. Le variazioni potranno riguardare i seguenti casi:

- a) Nuove assunzioni;
- b) Pensionamenti;
- c) Decessi;
- d) Interruzione rapporto lavorativo.

5. Le garanzie per i nuovi assistiti e il termine delle stesse per gli assistiti cessati decorreranno dal primo giorno del mese successivo di detta comunicazione.

Per il personale che risulti cessato e reinserito nel corso della medesima annualità, la Società riattiverà la copertura tenendo presente quanto già utilizzato dall'assistito nel corso del periodo di copertura precedente.

Art. 6 Limiti di età

Per gli assicurati è previsto un limite di età pari a 71 anni, qualora in servizio a quell'età.

In caso di raggiungimento del limite di età in corso d'anno la copertura cesserà di avere effetto alla prima scadenza annuale utile.

Art. 7 – Condizioni per la prosecuzione del contratto

1. Al termine del 5° mese dopo la data di scadenza della prima annualità verrà effettuata la verifica dei risultati economici derivanti dall'andamento del contratto durante la prima annualità assicurativa, calcolando il rapporto tra:

- al denominatore: il 100% dei premi imponibili raccolti dalla Società, compresi eventuali sovrappremi, regolazioni o integrazioni di premio per l'intera annualità assicurativa
 - al numeratore: i sinistri liquidati, le riserve accantonate per i sinistri già denunciati e non ancora liquidati, l'ammontare stimato per la liquidazione dei sinistri "tardivi" ossia quelli avvenuti ma non ancora denunciati che convenzionalmente non potranno essere superiori al 5% di quelli già liquidati.
- a. Qualora il rapporto risultasse inferiore al 70% la Società si intende impegnata alla prosecuzione della polizza per ulteriori 12 mesi alle medesime condizioni in corso. Resta ferma la possibilità del Ministero dell'Istruzione e del Merito di recedere dal contratto con comunicazione scritta di disdetta da far pervenire alla Società entro e non oltre 7 mesi dopo la decorrenza della seconda annualità.
- b. Qualora il rapporto risultasse superiore al 70% le parti potranno recedere dal contratto con comunicazione scritta di disdetta da far pervenire all'altra parte entro e non oltre 7 mesi dopo la decorrenza della seconda annualità.

2. Quanto disciplinato sopra si intenderà applicato anche alla terza annualità a valere per la prosecuzione della polizza per la quarta annualità.

3. A tale ultima data la copertura si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

ART. 7 bis – Clausola di rinegoziazione

Qualora dovessero sopraggiungere circostanze straordinarie e imprevedibili, estranee alla normale alea, all'ordinaria fluttuazione economica e al rischio di mercato, tali da alterare in maniera rilevante l'equilibrio originario del contratto, la parte svantaggiata, che non abbia volontariamente assunto il relativo rischio, avrà diritto alla rinegoziazione delle condizioni contrattuali secondo buona fede, nei limiti e alle condizioni previste dagli artt. 9 e 120, comma 8 del Codice.

Art. 8 – Obbligazioni speciali del Fornitore

1. La Società è tenuta a garantire l'applicazione del/i contratto/i collettivo/i nazionale/i e territoriale/i _____ *<inserire in sede di stipula il/i CCNL previsto in documentazione di gara o in alternativa quello ritenuto equivalente>.*

2. *A) Nell'ipotesi in cui il Fornitore o nel caso di RTI/Consorzi, un'impresa del RTI/Consorzio, sia un operatore economico che ha un numero di dipendenti pari o superiore a 15 e inferiore a 50 (Eliminare al momento della stipula se l'ipotesi non ricorre)* Ai sensi dell'art. 1, comma 2, dell'Allegato II.3 al Codice, il Fornitore è tenuto a consegnare alla Committente *<nel caso di RTI o Consorzi aggiungere: in relazione a ciascuna impresa e/o consorziata che occupa un numero pari o superiore a quindici dipendenti e che non rientra nella classificazione di cui all'art. 46 comma 1, del d.lgs. n. 198/2006>*,

una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta. La suddetta relazione dovrà essere trasmessa, altresì, alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità. La relazione di cui sopra, corredata dall'attestazione dell'avvenuta trasmissione della stessa alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità, dovrà essere consegnata alla Committente, entro 6 mesi dalla stipula del Contratto. La violazione del suddetto obbligo determina, ai sensi dell'art. 1, comma 6, dell'Allegato II.3 al Codice, l'applicazione della penale di cui al successivo articolo "Penali", nonché l'impossibilità di partecipare per un periodo di dodici mesi ad ulteriori procedure di affidamento afferenti gli investimenti pubblici.

B) Nell'ipotesi di operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (Eliminare al momento della stipula se l'ipotesi non ricorre) Ai sensi dell'art. 1, comma 3 dell'Allegato II.3 al Codice, il Fornitore è tenuto a consegnare alla Committente *(nel caso di RTI o Consorzi aggiungere: in relazione a ciascuna impresa e/o consorziata che occupa un numero pari o superiore a quindici dipendenti)* una relazione che chiarisca l'avvenuto assolvimento degli obblighi sui disabili di cui alla medesima legge n. 68/1999. A tal fine la Relazione dovrà contenere almeno quanto segue:

- dichiarazione sull'assolvimento degli obblighi ex art 17 della L n. 68/1999, con precisazione delle modalità di adempimento;
- dichiarazione sull'assenza o presenza di eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico delle imprese nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte.

La relazione dovrà essere trasmessa anche alle rappresentanze sindacali aziendali.

Le imprese che, pur avendo un numero di dipendenti pari a superiore a 15, non sono tenute al rispetto degli obblighi imposti dalla L n. 68/1999, in quanto il numero dipendenti computabili nella quota ivi prevista risulta inferiore a 15, devono rendere specifica dichiarazione specificando per ciascun dipendente escluso, la tipologia di contratto e i criteri di computo utilizzati ai sensi dell'art. 4 della L. n. 68/1999; in alternativa a quanto sopra, può essere prodotto il prospetto informativo sui disabili inviato al competente Ufficio del Lavoro; la dichiarazione dovrà altresì precisare l'assenza o presenza delle sopra citate sanzioni.

La documentazione di cui sopra, corredata ove previsto, dall'attestazione dell'avvenuta trasmissione della relazione alle rappresentanze sindacali aziendali, dovrà essere consegnata alla Committente, entro 6 mesi dalla stipula del Contratto.

La violazione anche di uno solo di tali obblighi comporta l'applicazione delle penali di cui al successivo articolo "Penali".

C) Nell'ipotesi in cui il Fornitore o in caso di rti/consorzi, un'impresa, ricada nella fattispecie di cui alle precedenti lettere A e B (Eliminare al momento della stipula se l'ipotesi non ricorre) la/le relazione/i di cui al/alla precedente/i lettera/e A e B, sarà/anno pubblicata/e sul profilo della Committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", ai sensi dell'art. 28, comma 2 del Codice e dell'art. 1, comma 9, dell'Allegato II.3.

3. La Società, ai sensi dell'art. 113 del Codice degli appalti pubblici, si impegna, per tutta la durata del presente Capitolato/Contratto, a garantire quanto segue:

- a. Dotazione di una rete convenzionata presente sull'intero territorio nazionale di strutture sanitarie in numero pari ad almeno 300 per ricoveri e 600 per le

restanti prestazioni (visite specialistiche, diagnostiche, fisioterapiche, etc.). Le strutture convenzionate con la Società devono essere presenti in almeno 90 province;

- b. Dotazione di almeno 1500 medici odontoiatrici e odontotecnici convenzionati alla rete, presenti in almeno 90 province;
- c. Dotazione di almeno 29 Strutture convenzionate accreditate come IRCCS ("Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico", sia pubblici che privati) presso i quali sia attivo il servizio di assistenza diretta, distribuiti sul territorio nazionale;
- d. Dotazione di un servizio di call center dedicato in lingua italiana, che operi attraverso un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero.

SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

<<eventuale, solo se il Fornitore ha notificato/dichiarato sovvenzioni estere ai sensi del Regolamento UE n. 2560/2022 e, al momento della stipula, sono spirati i termini previsti dell'art. 30 dello stesso Reg. anche in relazione ad eventuali procedure d'ufficio avviate dalla Commissione UE ai sensi dell'art.29, par. 8 del Reg. UE senza che sia intervenuta una decisione ai sensi dell'art. 31, par. 2 del Reg. UE, e si sia aggiudicato condizionatamente: Il Fornitore ha notificato <oppure: dichiarato> di aver ricevuto contributi finanziari esteri ai sensi degli artt. 28 e ss. del Regolamento UE n. 2560/2022 e sono decorsi i termini previsti dall'art. 30 di detto Regolamento senza che la Commissione UE abbia assunto una decisione espressa ai sensi dell'art. 31 del detto Regolamento; nelle more degli eventuali pronunciamenti della Commissione UE si ritiene di procedere alla stipula del presente Contratto, risolutivamente condizionato all'eventuale adozione di una decisione ai sensi dell'art. 31, par. 2 del Regolamento UE n. 2560/2022.>>

Art. 1 Assicurazione per conto Altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assistito così come disposto dall'Art.1891 del C.C.

Art. 2 Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio italiano.

Art. 3 Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui alla successiva sez. 4 "Prestazioni del piano sanitario", è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assistito/i;
- per tutte le malattie croniche e recidivanti e tutte le malattie pregresse alla data di attivazione della polizza, diagnosticate o meno
- per le malattie/infortuni che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.

Art. 4 Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) le cure e gli interventi volti all'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, tale esclusione, altresì, non opera limitatamente all'assistenza per non autosufficienza secondo quanto previsto dal successivo Art. 7 Sezione 4.
- c) infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;
- f) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e

saranno pertanto coperti da assicurazione, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività della copertura

- g) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale.
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).
- i) le protesi dentarie e le cure odontoiatriche e delle paraodontopatie ad eccezione di quelle indennizzabili a termini di polizza;
- j) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- l) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 5 Oneri fiscali

1. Sono a carico della Società tutti gli oneri tributari e le spese contrattuali ivi comprese quelle previste dalla normativa vigente relative all'imposta di bollo anche ai sensi dell'Allegato I.4 del Codice, nonché relative a qualsiasi altra imposta necessaria
2. Laddove la registrazione sia operata dalla Committente, la stessa comunica alla Società l'importo anticipato e il conto corrente sul quale la Società si impegna a versare, entro dieci giorni, l'importo anticipato. L'attestazione del versamento deve essere prodotta alla Committente entro venti giorni dalla data in cui è effettuato. In caso di ritardo l'importo è aumentato degli interessi legali a decorrere dalla data di scadenza del suddetto termine fino alla data di effettivo versamento.

Art. 6 Altre assicurazioni

1. La Contraente è tenuta a denunciare alla Società l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. L'Assistito è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro già parzialmente liquidato dalla stessa. Si ricorda che non è possibile ottenere un rimborso superiore alla spesa effettuata.

Art. 7 Clausola broker

Il Ministero dell'Istruzione e del Merito potrà essere assistito da un broker nella gestione tecnica e amministrativa del contratto di assicurazione, individuato attraverso una selezione pubblica. Il broker incaricato verrà remunerato secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di Assicurazione, con il riconoscimento di una provvigione pari al massimo dell'0,5% dei premi imponibili annui che il Ministero dell'Istruzione e del Merito pagherà alla società. In caso in cui il conferimento dell'incarico al broker avvenga nel corso dell'annualità, la provvigione per il primo periodo sarà calcolata sul rateo mensile del premio annuale fino alla scadenza della suddetta annualità.

Art. 8 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, posta elettronica certificata o con posta elettronica semplice.

Art. 9 Rinuncia al recesso dal contratto

La Società in deroga all'Art. 1898 del C.C. rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima delle

scadenze previste dal presente contratto.

Art. 10 Importo del premio

1. Il premio annuale comprensivo di imposte deve intendersi fisso e pari a euro 80.000.000,00 riferito al numero totale degli assistiti risultante dallo stato di rischio e dai relativi aggiornamenti comunicati dal Ministero dell'Istruzione e del Merito nel corso della durata dell'appalto come previsto dall'Art. 5 Sezione 1.
2. Per ogni annualità di polizza, il numero totale degli assistiti stimato sui dati storici è pari 1.250.000 persone.
3. La Società, con la sottoscrizione del presente Capitolato Tecnico, si impegna, tuttavia, a considerare nell'ambito del premio annuale sopra indicato fino a 1.400.000 assistiti.

Art. 11 Pagamento del premio

1. Si conviene che il premio annuale dovuto alla Società, per la copertura sanitaria collettiva degli Assistiti di cui all'Art. 4 Sezione 1, verrà corrisposto dal Ministero dell'Istruzione e del Merito in via anticipata con termine di rispetto pari a 30 giorni dalla data di ricevimento dell'apposito "atto contabile", ritenuto formalmente corretto, emesso dalla Società.
2. In deroga all'Art. 1901 del Codice civile anche qualora non sia stato versato il premio relativo all'annualità assicurativa, le garanzie di polizza si intenderanno valide dalle ore 00.00 del giorno di attivazione del servizio.
3. Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:
 - l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40 e ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto,
 - Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.
4. La Società conviene che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice TRN (Transaction Reference Number). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o PEC o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Art. 12 Oneri a carico della Società

1. Sono a carico della Società, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del Servizio nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del Servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.
2. Nell'esecuzione del Servizio, salvo quanto già previsto nel presente Capitolato e quant'altro si renderà necessario in relazione alle esigenze operative derivanti in particolare dalla prestazione del Servizio, la Società si obbliga a:
 - a) eseguire le prestazioni in oggetto con il massimo grado di diligenza, a perfetta regola d'arte e nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nel presente Capitolato e in tutta la documentazione di gara. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
 - b) comunicare prontamente in forma scritta al Ministero dell'Istruzione e del Merito le situazioni reali o potenziali di conflitto d'interesse sorte durante lo svolgimento del

- c) Servizio e ad attenersi alle istruzioni impartite dal Ministero dell'Istruzione e del Merito; dare immediata comunicazione al Ministero dell'Istruzione e del Merito di ogni circostanza, avvenimento o fatto che abbia influenza sull'esecuzione del Servizio, ivi comprese le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione dello stesso. Tale comunicazione dovrà pervenire al Ministero dell'Istruzione e del Merito entro 10 giorni dall'intervenuta modifica, circostanza o avvenimento;
- d) attenersi a tutte le indicazioni e direttive relative all'esecuzione contrattuale che saranno impartite dal Ministero dell'Istruzione e del Merito tramite il Responsabile dell'esecuzione del contratto;
- e) manlevare e tenere indenne il Ministero dell'Istruzione e del Merito da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza e sanitarie vigenti;
- f) predisporre tutti gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire elevati livelli di servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza, secondo tutte le norme e le prescrizioni in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate.

3. Resta convenuto che gli eventuali maggiori oneri derivanti dall'osservanza delle norme e prescrizioni di cui sopra, anche se entrate in vigore nel corso della validità dell'assicurazione, saranno ad esclusivo carico della Società, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo previsto. La Società, pertanto, non potrà avanzare richieste di compensi a tale titolo nei confronti del Ministero dell'Istruzione e del Merito.

4. La Società, per quanto di sua competenza, si obbliga a consentire al Ministero dell'Istruzione e del Merito di procedere, in qualsiasi momento e anche senza preavviso, alle verifiche sulla piena e corretta esecuzione del servizio in oggetto, impegnandosi a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimento di tali verifiche.

Art. 13 Obblighi della Società – Attività di supporto e assistenza agli assistiti

1. La Società si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana e si obbliga a fornire supporto e assistenza agli assistiti su tutte le informazioni inerenti alle condizioni di assicurazione, la rete convenzionata, l'istruttoria delle pratiche di rimborso, l'attivazione dell'assistenza diretta, lo stato dei sinistri, i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

2. La Società dovrà essere dotata di una Centrale Operativa raggiungibile attraverso un numero verde dedicato e gratuito sia da fisso che da cellulare per le chiamate nazionali e un numero dedicato per le chiamate internazionali.

3. Il servizio offerto dal numero verde dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- a) essere dedicato alla polizza oggetto del presente appalto;
- b) essere almeno operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.30;
- c) consentire di parlare con un operatore dopo una sola scelta multipla.

4. La Società si impegna altresì, in caso di richiesta di assistenza diretta a dare riscontro all'Assistito, con la massima celerità e comunque entro il termine massimo di 5 (cinque) giorni lavorativi dalla prestazione.

5. La Società si obbliga:

- i. entro il termine convenuto con l'Amministrazione e, comunque entro il termine di attivazione della presente Polizza, a redigere a proprie spese una Guida all'assistenza sanitaria in formato digitale concordando con il Ministero dell'Istruzione e del Merito il testo, le modalità grafiche e la tipologia di materiale. La Guida dovrà, di norma, contenere il testo integrale del piano sanitario e illustrare la modalità del suo utilizzo;
- ii. a rendere disponibile un apposito servizio web/sito internet dedicato che consenta

- all'Assistito di accedere con apposite credenziali alla propria area riservata per inoltrare e consultare lo stato di avanzamento delle richieste di assistenza indiretta a rimborso e le richieste di assistenza diretta nonché consultare le strutture convenzionate e tutte le informazioni relative ai piani sanitari. Il sito web dovrà consentire agli assistiti di visionare la propria situazione assistenziale completa e di scaricare in autonomia i prospetti dei rimborsi;
- iii. a rendere disponibile al Ministero dell'Istruzione e del Merito ed eventualmente al Broker un portale web accessibile con apposite credenziali per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”);
 - iv. a fornire al Ministero dell'Istruzione e del Merito ed eventualmente al Broker, entro i 15 giorni solari successivi al termine di ogni trimestre, il report dei sinistri denunciati, liquidati e non ancora liquidati in formato excel o altro formato concordato fra le parti a partire dalla data di attivazione del Piano Sanitario. Le informazioni di cui sopra dovranno contenere almeno i seguenti dati per ciascun sinistro:
 - a. Tipologia di Assistito, di cui all'Art. 4 sezione 1, a cui è imputato il sinistro
 - b. il numero del sinistro attribuito dalla Società;
 - c. la data di accadimento dell'evento;
 - d. la data della denuncia;
 - e. la tipologia di garanzia distinta per piano sanitario e per prestazione;
 - f. la tipologia di rimborso (se diretto o indiretto);
 - g. l'indicazione di età e sesso dell'Assistito alla data del sinistro;
 - h. l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - importo richiesto a rimborso pari a euro _____;
 - sinistro chiuso senza seguito;
 - sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a euro _____;
 - sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a euro _____.

6. Inoltre, la Società si impegna a fornire:

- trimestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da importo richiesto a rimborso e non corrisposto, relativa motivazione e data di chiusura;
- annualmente il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.
- ogni ulteriore informazione o dato richiesti dal Ministero dell'Istruzione e del Merito secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

7. I suddetti dati dovranno essere forniti sino a due anni oltre la data di cessazione dell'Assicurazione.

8. In caso di inadempienza da parte dell'Assicuratore, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno/PEC assegnando un periodo ulteriore non superiore a 10 (dieci) giorni di calendario per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove l'Assicuratore persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura pari allo 0,05% del premio annuo netto per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari al 10% di detto ammontare annuo netto, a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 14 Modifica delle condizioni

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dal presente capitolato potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

Art. 15 Commissione tecnica

1. La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Permanente composta da sette membri dei quali tre designati dal Ministero dell'Istruzione e del Merito e tre dalla Società. Il settimo componente sarà nominato di comune accordo tra le parti entro 3 mesi dalla decorrenza della prima annualità. Fermo quanto sopra, le parti potranno indicare nell'atto di designazione eventuali sostituti ai membri effettivi nominati.

2. Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi.

Art. 16 Foro competente

1. Per le controversie relative all'esecuzione del contratto tra Compagnia e Contraente, sarà competente il foro di Roma, mentre per l'interpretazione di clausole contrattuali e richieste di rimborso non definite ai sensi del precedente Art. 15 Sezione 2 "Commissione paritetica" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'Assistito.

2. Nei giudizi relativi all'indennizzo sono legittimati esclusivamente l'Assistito/Titolare di copertura e la Società.

Art. 17 Coassicurazione e delega

1. Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

2. Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

3. La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Contraente/Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 18 Interpretazione delle garanzie

Si conviene tra le Parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assistito su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 19 Garanzia definitiva

1. La Società ha prestato garanzia definitiva che copre le obbligazioni assunte con il presente contratto, il risarcimento dei danni derivanti dall'eventuale inadempimento delle stesse obbligazioni, nonché il rimborso delle somme pagate in più all'esecutore rispetto alle risultanze della liquidazione finale, salva comunque la risarcibilità del maggior danno verso l'appaltatore, nonché, ove esistente, le obbligazioni assunte con il Patto di integrità.

2. La Committente ha inoltre il diritto di valersi della garanzia definitiva, nei limiti dell'importo massimo garantito: i) per l'eventuale maggiore spesa sostenuta per il completamento delle prestazioni nel caso di risoluzione del contratto disposta in danno dell'esecutore; ii) per provvedere

al pagamento di quanto dovuto dal Fornitore per le inadempienze derivanti dalla inosservanza di norme e prescrizioni dei contratti collettivi, delle leggi e dei regolamenti sulla tutela, protezione, assicurazione, assistenza e sicurezza fisica dei lavoratori comunque presenti nei luoghi dove viene eseguito il contratto ed addetti all'esecuzione dell'appalto.

3. In particolare, la Committente ha diritto di valersi direttamente della garanzia per l'applicazione delle penali e/o per la soddisfazione degli obblighi del presente Capitolato/Contratto, salvo in ogni caso il risarcimento del maggior danno.

4. La Committente ha diritto di incamerare la garanzia, in tutto o in parte, per i danni che essa affermi di aver subito, senza pregiudizio dei suoi diritti nei confronti dell'Impresa per la rifusione dell'ulteriore danno eventualmente eccedente la somma incamerata.

5. La garanzia prevede espressamente la rinuncia della preventiva escussione del debitore principale, di cui all'art. 1944 del c.c., la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2 del c.c., nonché l'operatività della garanzia medesima entro 15 giorni, a semplice richiesta scritta.

6. La Società si impegna a tenere valida ed efficace la garanzia, mediante rinnovi e proroghe e tempestivi adeguamenti nell'ipotesi di variazioni anagrafiche o societarie, per tutta la durata del presente contratto e, comunque, sino al perfetto adempimento delle obbligazioni assunte in virtù del presente contratto, pena la risoluzione di diritto del medesimo.

7. La Committente può richiedere alla Società la reintegrazione della garanzia ove questa sia venuta meno in tutto o in parte entro il termine di 10 (dieci) giorni dalla richiesta; in caso di inottemperanza, la Committente conseguirà la reintegrazione trattenendo quanto necessario dai corrispettivi dovuti alla Società.

8. La garanzia sarà progressivamente svincolata a misura dell'avanzamento dell'esecuzione contrattuale, nel limite massimo dell'80 per cento dell'iniziale importo garantito, secondo quanto stabilito dall'art. 117, comma 8, del Codice, previa deduzione di crediti della Committente verso la Società e subordinatamente alla preventiva consegna, da parte della Società all'Istituto garante, di un documento, in originale o copia autentica, attestante l'avvenuta esecuzione delle prestazioni contrattuali. Tale documento è emesso periodicamente dalla Committente in ragione delle verifiche di conformità svolte. Il fornitore dovrà inviare per conoscenza alla Committente la comunicazione che invia al Garante ai fini dello svincolo. Il Garante dovrà comunicare alla Committente il valore dello svincolo. La Committente si riserva di verificare la correttezza degli importi svincolati e di chiedere alla Società ed al Garante in caso di errore un'integrazione.

9. L'ammontare residuo della garanzia definitiva deve permanere fino alla data di emissione del certificato di verifica di conformità attestante la corretta esecuzione dell'appalto. Resta fermo tutto quanto previsto dall'art. 117 del Codice.

10. La Società si impegna a consegnare, alla scadenza della rata e con tempestività, alla Committente, la quietanza di pagamento del premio periodico, atta a comprovare la validità della polizza fideiussoria prodotta per la stipula del contratto o, nei diversi casi di sostituzione del garante, variazioni anagrafiche o integrazioni, la nuova polizza/appendice eventualmente stipulata, in relazione al presente contratto.

Art. 20 Penali

1. In caso di mancato adempimento all'obbligazione di cui al precedente art. 8 comma 2 il Fornitore sarà tenuto a corrispondere, ai sensi dell'art. 1, comma 6 dell'Allegato II.3 al Codice una penale pari a € 15.000. Le penali verranno applicate previa contestazione dell'addebito e valutazione delle deduzioni addotte dall'Impresa e da questa comunicate alla Committente nel termine massimo di giorni 5 (cinque) dalla stessa contestazione.

2. Per ogni giorno di ritardo rispetto al termine di cui all'art. 5 comma 2 Sezione 1, la Committente potrà applicare una penale di € 300,00, fermo restando la facoltà di risolvere il presente Contratto.

3. Ferma restando l'applicazione delle penali previste nei precedenti commi, la Committente si riserva di richiedere il maggior danno, sulla base di quanto disposto all'articolo 1382 cod. civ., nonché la risoluzione del presente contratto nell'ipotesi di grave e reiterato inadempimento.

4. La Committente, per i crediti derivanti dall'applicazione delle penali di cui al presente articolo,

potrà, a sua insindacabile scelta, avvalersi della garanzia definitiva di cui all'articolo precedente, senza bisogno di diffida o procedimento giudiziario, ovvero compensare il credito con quanto dovuto all'Impresa a qualsiasi titolo.

5. Il valore complessivo delle penali non può comunque superare, complessivamente, il 10 per cento dell'ammontare netto contrattuale di cui all'articolo 10. Qualora il valore complessivo delle penali inflitte all'Impresa raggiunga il 10% di tale corrispettivo, la Committente ha facoltà, in qualunque tempo, di risolvere di diritto il presente contratto con le modalità nello stesso espresse, oltre il risarcimento di tutti i danni.

Art. 21 Cessione del contratto e cessione del credito

1. È fatto divieto alla Società di cedere, a qualsiasi titolo, il presente contratto, a pena di nullità della cessione stessa, fatto salvo quanto previsto dall'art. 120, comma 1, lett. d), del Codice.

2. La Società può cedere a terzi i crediti derivanti allo stesso dal presente contratto, nelle modalità espresse dall'art. 120 e dall'Allegato II.14 del Codice. Le cessioni dei crediti devono essere stipulate mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata e devono essere notificate alla Committente. Si applicano le disposizioni di cui alla Legge n. 52/1991.

3. È fatto, altresì, divieto alla Società di conferire, in qualsiasi forma, procure all'incasso.

4. In caso di inadempimento da parte della Società ai suddetti obblighi, la Committente, fermo restando il diritto al risarcimento del danno, ha facoltà di dichiarare risolto di diritto il presente Contratto.

5. Resta fermo quanto previsto in tema di tracciabilità dei flussi finanziari.

Art. 22 Monitoraggio e verifiche di conformità

La Società prende atto che la Committente si riserva - in corso di esecuzione del presente Capitolato Tecnico/Contratto - di procedere al monitoraggio nonché alle verifiche di conformità dei servizi. In particolare, la Committente si riserva di verificare il mantenimento da parte della Società dei requisiti di esecuzione di cui all'art. 8 comma 3 sezione 1, per tutto il tempo di durata del presente Capitolato Tecnico/Contratto. È fatta salva, in ogni caso, la possibilità di risolvere il contratto ed escutere la garanzia definitiva, salvo il risarcimento del maggior danno.

Art. 23 Interpello

La Committente, in caso di risoluzione e comunque nei casi di cui all'art. 124, comma 1, del Codice, potrà interpellare progressivamente gli operatori economici che hanno partecipato all'originaria procedura di gara e risultati dalla relativa graduatoria al fine di stipulare un nuovo contratto per l'affidamento del completamento delle prestazioni contrattuali alle medesime condizioni già proposte dall'aggiudicatario originario in sede di offerta.

Art. 24 Subappalto

< se il subappalto è dichiarato, inserire:

1. Il subappalto, ove dichiarato in sede di offerta, sarà regolato da quanto previsto dall'art. 119 del Codice nonché dai successivi commi. Rimane fermo che non può essere affidata in subappalto a terzi l'integrale esecuzione del contratto, pena la nullità dell'accordo con i terzi, nonché la prevalente esecuzione del contratto ad alta intensità di manodopera; inoltre, non potrà essere affidata in subappalto la parte delle prestazioni che devono essere eseguite direttamente dalla Società, laddove sia stato previsto nel disciplinare di gara, ai sensi dell'art. 119 comma 2, terzo periodo del Codice, né può essere ammesso l'ulteriore subappalto delle prestazioni indicate nei documenti di gara ai sensi dell'art. 119, comma 17 del Codice. Ai sensi dell'art. 119 comma 2 quinto periodo, del Codice, la Società è impegnata a subappaltare in misura non inferiore al 20 per cento delle prestazioni che intende subappaltare (ovvero nella diversa misura eventualmente indicata in sede di offerta) a piccole e medie imprese, come definite dall'articolo 1, comma 1, lettera o) dell'allegato I.1 del Codice.

2. La Società si impegna a depositare presso la Committente, almeno venti giorni prima della data

di effettivo inizio dell'esecuzione delle attività che essa o i suoi subappaltatori eseguirà: i) l'originale o la copia autentica del contratto di subappalto che deve indicare puntualmente l'ambito operativo del subappalto sia in termini prestazionali che economici; ii) dichiarazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti richiesti dal Bando di gara, per lo svolgimento delle attività allo stesso affidate, ivi inclusi i requisiti di cui agli artt. 94 e 95 del Codice; iii) dichiarazione dell'appaltatore relativa alla sussistenza o meno di eventuali forme di controllo o collegamento a norma dell'art. 2359 c.c. con il subappaltatore; se del caso, v) documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di qualificazione/certificazione prescritti dal Codice per l'esecuzione delle attività affidate.

3. Resta inteso che l'Impresa si impegna ad inserire, nel contratto di subappalto e negli altri subcontratti, una clausola che preveda il rispetto degli obblighi di cui al Patto di Integrità da parte dei subappaltatori/subcontraenti, e la risoluzione, ai sensi dell'art. 1456 c.c., del contratto di subappalto e/o degli altri subcontratti, nel caso di violazione di tali obblighi da parte di questi ultimi; l'Impresa dovrà dare tempestiva comunicazione alla Committente dell'intervenuta risoluzione.

4. In caso di mancato deposito di taluno dei suindicati documenti nel termine all'uopo previsto, la Committente procederà a richiedere alla Società l'integrazione della suddetta documentazione. Resta inteso che la suddetta richiesta di integrazione comporta l'interruzione del termine per la definizione del procedimento di autorizzazione del sub-appalto, che ricomincerà a decorrere dal completamento della documentazione.

5. I subappaltatori dovranno mantenere per tutta la durata del presente contratto, i requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione al subappalto. In caso di perdita dei detti requisiti la Committente revocherà l'autorizzazione.

6. La Società qualora l'oggetto del subappalto subisca variazioni e l'importo dello stesso sia incrementato deve acquisire una autorizzazione integrativa.

Per le prestazioni affidate in subappalto:

i) il subappaltatore, ai sensi dell'art. 119, comma 12, del Codice, deve garantire gli stessi standard qualitativi e prestazionali previsti nel contratto di appalto e riconoscere ai lavoratori un trattamento economico e normativo non inferiore a quello che avrebbe garantito il contraente principale, il subappaltatore è tenuto ad applicare, per le prestazioni affidate in subappalto, il medesimo contratto collettivo di lavoro del contraente principale, ovvero un differente contratto collettivo, purché garantisca ai dipendenti le stesse tutele di quello applicato dall'appaltatore, qualora le attività oggetto di subappalto coincidano con quelle caratterizzanti l'oggetto dell'appalto oppure riguardino le lavorazioni relative alle categorie prevalenti nei casi di cui all'articolo 11, comma 2-bis del Codice, il subappaltatore, per le prestazioni affidate in subappalto, è tenuto ad applicare il contratto collettivo di lavoro individuato ai sensi del medesimo articolo 11, comma 2-bis, ovvero un differente contratto collettivo, purché garantisca ai dipendenti le stesse tutele economiche e normative del contratto individuato ai sensi del predetto comma 2-bis;

ii) devono essere corrisposti i costi della sicurezza e della manodopera, relativi alle prestazioni affidate in subappalto, alle imprese subappaltatrici senza alcun ribasso.

7. La Committente, sentito il direttore dell'esecuzione, provvede alla verifica dell'effettiva applicazione degli obblighi di cui al presente comma. La Società è solidalmente responsabile con il subappaltatore degli adempimenti, da parte di questo ultimo, degli obblighi di sicurezza previsti dalla normativa vigente.

8. La Società e il subappaltatore sono responsabili in solido, nei confronti della Committente e/o delle Amministrazioni Contraenti, in relazione alle prestazioni oggetto del contratto di subappalto.

9. La Società è responsabile in solido nei confronti della Committente dei danni che dovessero derivare alla Amministrazione, alla Committente o a terzi per fatti comunque imputabili ai soggetti cui sono state affidate le suddette attività. In particolare, la Società e il subappaltatore si impegnano a manlevare e tenere indenne la Committente da qualsivoglia pretesa di terzi per fatti e colpe imputabili al subappaltatore o ai suoi ausiliari derivanti da qualsiasi perdita, danno, responsabilità, costo o spesa che possano originarsi da eventuali violazioni del Regolamento 679/2016.

10. La Società è responsabile in solido, ai sensi dell'art. 119, comma 7 del Codice, dell'osservanza del trattamento economico e normativo stabilito dai contratti collettivi nazionali e territoriali

applicabili da parte del subappaltatore nei confronti dei suoi dipendenti, per le prestazioni rese nell'ambito del subappalto. La Società trasmette alla Committente prima dell'inizio delle prestazioni la documentazione di avvenuta denuncia agli enti previdenziali, inclusa la Cassa edile, ove presente, assicurativi e antinfortunistici, nonché copia del piano della sicurezza di cui al D. Lgs. n. 81/2008. Ai fini del pagamento delle prestazioni rese nell'ambito dell'appalto o del subappalto, la stazione appaltante acquisisce d'ufficio il documento unico di regolarità contributiva in corso di validità relativo a tutti i subappaltatori.

11. La Società è responsabile in solido con il subappaltatore in relazione agli obblighi retributivi e contributivi, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 276/2003, ad eccezione del caso in cui ricorrano le fattispecie di cui all'art. 119, comma 11, lett. a) e c), del Codice.

12. La Società si impegna a sostituire i subappaltatori relativamente ai quali apposita verifica abbia dimostrato la sussistenza dei motivi di esclusione di cui agli articoli 94 e 95. del Codice.

13. Trova applicazione l'art. 119, comma 11, del Codice al ricorrere dei prescritti presupposti.

14. Ove tale previsione non sia applicata, e salvo diversa indicazione del direttore dell'esecuzione, l'Impresa si obbliga a trasmettere alla Committente entro 20 giorni dalla data di ciascun pagamento effettuato nei confronti del subappaltatore, copia delle fatture quietanzate relative ai pagamenti via via corrisposte al subappaltatore.

15. In caso di inadempimento da parte della Società agli obblighi di cui ai precedenti commi, la Committente può risolvere il Contratto, salvo il diritto al risarcimento del danno.

16. Solo nel caso in cui sia presente nel Disciplinare di gara la clausola che vieta la partecipazione dei cosiddetti RTI sovrabbondanti, la Committente non autorizzerà il subappalto nei casi in cui l'impresa subappaltatrice possieda singolarmente i requisiti che le avrebbero consentito la partecipazione alla gara.

17. Ai sensi dell'art. 119, comma 2, del Codice, la Società si obbliga a comunicare alla Committente, prima dell'inizio della prestazione, per tutti i sub-contratti che non sono subappalti, stipulati per l'esecuzione del contratto, il nome del sub-contraente, l'importo del sub-contratto, l'oggetto del lavoro, servizio o fornitura affidati. Sono, altresì, comunicate eventuali modifiche a tali informazioni avvenute nel corso del sub-contratto.

18. Restano fermi tutti gli obblighi e gli adempimenti previsti dall'art. 48-bis del D.P.R. 602 del 29 settembre 1973 nonché dai successivi regolamenti.

19. Tutta la documentazione inerente alla richiesta di subappalto che dovrà essere predisposta in formato PDF/A, dovrà essere firmata digitalmente dal rappresentante delle Società munito di poteri di firma, pena il rigetto della richiesta medesima.

20. La Committente provvederà a comunicare al Casellario Informatico di cui all'art. 222, comma 10 del Codice le informazioni secondo quanto previsto dall'ANAC.

< ...ovvero, in alternativa, se il subappalto non è dichiarato, inserire:

La Società, conformemente a quanto dichiarato in sede di offerta, non intende affidare in subappalto l'esecuzione di alcuna attività oggetto delle prestazioni contrattuali. *>*

Art. 25 Incompatibilità

1. La Società dichiara espressamente ed irrevocabilmente che la conclusione della Contratto avviene nel rispetto delle previsioni di cui all'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001.

2. Qualora non risultasse conforme al vero la dichiarazione resa, la Società prende atto e accetta che si applicheranno le conseguenze previste dalla predetta normativa.

Art. 26 Obblighi relativi al Codice di comportamento e Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

1. Il Fornitore, nello svolgimento delle attività oggetto del Contratto, dovrà uniformarsi ai principi e agli obblighi derivanti dal Codice di comportamento e dal Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), del Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'Amministrazione, pubblicati sui siti internet del

Ministero dell'Economia e delle Finanze e dell'Amministrazione, nonché uniformarsi ai principi ivi contenuti, con particolare riferimento alla disciplina del conflitto di interessi e della riservatezza.

2. A tal fine, la Società si impegna ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabili, i suddetti obblighi, pena la risoluzione del Contratto.

Art. 27 Trattamento dei dati

1. La Società dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente Contratto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (nel seguito anche "Regolamento"), circa il trattamento dei dati personali, conferiti per la sottoscrizione e l'esecuzione del Contratto stesso. Tale informativa è contenuta nell'ambito del Disciplinare di gara che deve intendersi in quest'ambito integralmente trascritto.

2. La Committente tratta i dati forniti dalla Società, ai fini della stipula del Contratto, per l'adempimento degli obblighi legali ad esso connessi, oltre che per la gestione ed esecuzione economica ed amministrativa del contratto stesso in adempimento di precisi obblighi di legge derivanti dalla normativa in materia di appalti e contrattualistica pubblica. Tutti i dati acquisiti dalla Committente potranno essere trattati anche per fini di studio e statistici.

3. Con la sottoscrizione del Contratto, la Società, in persona del legale rappresentante pro-tempore o di procuratore in grado di impegnare sullo specifico tema l'azienda, si impegna a svolgere il trattamento dei dati personali come sopra definito e inoltre si impegna ad adempiere agli obblighi di rilascio dell'informativa nei confronti delle persone fisiche interessate di cui sono forniti dati personali nell'ambito dell'esecuzione del contratto, per le finalità descritte nel Disciplinare di gara e sopra richiamate.

4. La Società prende atto ed acconsente che la ragione sociale dell'operatore economico ed il prezzo di aggiudicazione siano pubblicati e diffusi tramite il sito internet della Committente. Inoltre, le informazioni e i dati inerenti la partecipazione all'iniziativa di gara, nei limiti e in applicazione dei principi e delle disposizioni in materia di dati pubblici e riutilizzo delle informazioni del settore pubblico (D. Lgs. 36/2006 e artt. 52 e 68, comma 3, del D.Lgs. 82/2015), potranno essere utilizzati dalla Committente, anche in forma aggregata, per essere messi a disposizione del Ministero dell'economia e delle finanze o di altre pubbliche amministrazioni, persone fisiche e giuridiche, anche come dati di tipo aperto in ragione della normativa sul riutilizzo dei dati pubblici. Oltre a quanto sopra, in adempimento agli obblighi di legge che impongono la trasparenza amministrativa (L. 190/2012 e D.Lgs. n. 33/2013;), la Società aggiudicataria prende atto ed acconsente a che i dati e/o la documentazione che la legge impone di pubblicare, siano pubblicati e diffusi tramite il sito internet della Committente, nella sezione relativa alla trasparenza.

Art. 28 Obblighi in tema di tracciabilità dei flussi

1. Il CIG della presente iniziativa è BA26FC6598.

2. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 8, della Legge 13 agosto 2010 n. 136, il Fornitore si impegna a rispettare puntualmente quanto previsto dalla predetta disposizione in ordine agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

3. Ferme restando le ulteriori ipotesi di risoluzione previste dal presente contratto, si conviene che la Committente, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3, comma 9 bis della Legge 13 agosto 2010 n. 136, senza bisogno di assegnare previamente alcun termine per l'adempimento, potrà risolvere di diritto il presente contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ., nonché ai sensi dell'art. 1360 cod. civ., previa dichiarazione da comunicarsi all'Impresa con raccomandata a/r qualora le transazioni siano eseguite senza avvalersi del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136.

4. Il Fornitore, nella sua qualità di appaltatore, si obbliga, a mente dell'art. 3, comma 8, secondo periodo della Legge 13 agosto 2010 n. 136, ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori o i subcontraenti, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla Legge 13 agosto 2010 n. 136.

5. Il Fornitore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui alla norma sopra richiamata è tenuto a darne immediata comunicazione alla Committente e la Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Committente.

6. Il Fornitore, si obbliga e garantisce che nei contratti sottoscritti con i subappaltatori e i subcontraenti, verrà assunta dalle predette controparti l'obbligazione specifica di risoluzione di diritto del relativo rapporto contrattuale nel caso di mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari.

7. La Committente verificherà che nei contratti di subappalto sia inserita, a pena di nullità assoluta del contratto, un'apposita clausola con la quale il subappaltatore assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla surrichiamata Legge.

8. Con riferimento ai contratti di subfornitura, il Fornitore si obbliga a trasmettere alla Committente, oltre alle informazioni sui sub-contratti di cui all'art. 119, anche apposita dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000, attestante che nel relativo sub-contratto, sia stata inserita, a pena di nullità assoluta, un'apposita clausola con la quale il subcontraente assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla surrichiamata Legge, restando inteso che la Committente, si riserva di procedere a verifiche a campione sulla presenza di quanto attestato, richiedendo all'uopo la produzione degli eventuali sub-contratti stipulati, e, di adottare, all'esito dell'espletata verifica ogni più opportuna determinazione, ai sensi di legge e di contratto.

9. L'Impresa è tenuta a comunicare tempestivamente e comunque entro e non oltre 7 giorni dalla/e variazione/i qualsivoglia variazione intervenuta in ordine ai dati relativi agli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i dedicato/i nonché le generalità (nome e cognome) e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su detto/i conto/i.

10. Ai sensi della Determinazione dell'AVCP (ora A.N.AC.) n. 10 del 22 dicembre 2010, il Fornitore, in caso di cessione dei crediti, si impegna a comunicare il/i CIG/CUP al cessionario, eventualmente anche nell'atto di cessione, affinché lo/gli stesso/i venga/no riportato/i sugli strumenti di pagamento utilizzati. Il cessionario è tenuto ad utilizzare conto/i corrente/i dedicato/i, nonché ad anticipare i pagamenti al Fornitore mediante bonifico bancario o postale sul/i conto/i corrente/i dedicato/i del Fornitore medesimo riportando il CIG/CUP dallo stesso comunicato.

Art. 29 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

SEZIONE 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Art. 1 Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società o in intramoenia convenzionata – Assistenza diretta

1. Rientrano nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati con cui è attivo un rapporto di convenzione diretta.
2. L'elenco aggiornato in tempo reale è messo a disposizione degli assistiti in modalità on line ed è verificabile tramite la Centrale Operativa.
3. All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in regime di ricovero.
4. In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento delle strutture e dei medici va preventivamente verificato consultando l'elenco on line o tramite la Centrale Operativa della Società.
5. L'Assistito che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie convenzionate con **presa in carico diretta** deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società -presa in carico- facendone richiesta tramite Area Riservata Assistito o, alternativamente, tramite numero verde con un preavviso di almeno 5 (cinque) giorni lavorativi dalla data fissata per la prestazione.
6. Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 5 (cinque) giorni lavorativi, la Centrale Operativa si impegna a gestirla.
7. Limitatamente ai ricoveri, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'Assistito, entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso.
8. Nel caso in cui la Centrale Operativa invii comunicazione di diniego, dovrà esporre i motivi di natura amministrativa e/o medico assicurativa per cui la pratica in carico è negata o per la quale dovrà essere fornita ulteriore documentazione.
9. Qualora la presa in carico sia parziale, ovvero riguardi solo una parte delle prestazioni richieste (esempio analisi di laboratorio), la Centrale Operativa deve precisare quali siano le prestazioni prese in carico e quali quelle che restano a carico dell'Assistito con la relativa motivazione.
10. La Centrale Operativa deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'Assistito.
11. La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e franchigia, a carico dell'Assistito (che deve essere versato direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'Assistito da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nell'assicurazione.
12. Limitatamente alle prestazioni relative ai Grandi Interventi Chirurgici e ai Gravi Eventi Morbosi, in caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra la struttura sanitaria convenzionata e la Società, o in caso di cessazione della copertura degli assistiti avvenuta per qualsiasi causa (quiescenza; termine del rapporto lavorativo con il Ministero), la stessa Società si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.
13. Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per l'assistenza diretta.

Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)

1. Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.
2. In caso di assistenza indiretta, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e scoperti

indicati per le singole garanzie.

3. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito deve presentarne richiesta alla Società attraverso la modulistica predisposta dalla stessa Società oppure tramite Area riservata appositamente predisposta dalla Società stessa. La richiesta deve essere corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica redatta in lingua italiana o corredata da traduzione in lingua italiana:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra ricovero, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile o documento equipollente.

Unitamente alla documentazione medica va presentata la fotocopia delle ricevute fiscali, fatture, notule o parcella debitamente quietanzate ed in regola con la normativa fiscale.

4. Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della già menzionata documentazione.

5. L'Assistito deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

6. L'Assistito si impegna a fornire ogni chiarimento necessario, anche ai medici che lo hanno visitato o curato, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Società, 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'assistenza.

7. La Società effettua il rimborso entro il termine di 60 gg., intesi come naturali e consecutivi, dalla presentazione della domanda di rimborso contenente la documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui alla presente assicurazione.

8. I rimborsi vengono effettuati in Italia.

SEZIONE 4 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE

Art. 1 Massimale Assicurato

Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di euro 80.000,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) per annualità assicurativa e per singolo assistito, fermi gli eventuali sotto limiti riportati nei successivi articoli.

Art. 2 Prestazioni per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso

Art. 2.1 Ricovero per Grande intervento chirurgico

1. Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
- f) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.
- g) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche eseguite anche in regime ambulatoriale, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici e/o rieducativi e tutte le prestazioni sanitarie correlate al ricovero e richieste al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura sostenute nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero purché correlate al ricovero. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.
- h) In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espanto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto.
- i) Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o struttura alberghiera, fino al limite di euro 50,00 al giorno per un periodo massimo di 30 giorni per ricovero.
- j) Il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, fino ad un importo massimo di euro 1.000,00 Tale massimale si intende prestato per annualità assicurativa. Il trasporto deve essere eseguito con Aereo Sanitario, aereo di linea, treno o Ambulanza.

2. La copertura delle spese di cui sopra avviene con le seguenti modalità:

a) Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta

Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto a carico dell'assistito del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di € 4.000,00.

Tale scoperto verrà applicato anche per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alle lettere f) e g) qualora siano rese da strutture sanitarie private e personale medico convenzionati. Nel caso le spese di cui alle lettere f) e g) siano rese da strutture sanitarie

private e personale medico non convenzionati, lo scoperto applicato sarà pari al 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa)

b) Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)

Qualora non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assistito le prestazioni saranno rimborsate all'Assistito stesso previa presentazione di idonea documentazione con le stesse modalità previste nel punto precedente. Resta fermo lo scoperto del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di € 4.000,00 anche per le prestazioni pre e post ricovero.

Art. 2.2 Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso

1. Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave Evento Morboso di cui all'elenco II sono le seguenti:

- a) rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c) accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei 90 giorni precedenti il ricovero purché attinenti al Grave Evento Morboso che determina il ricovero stesso. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.
- d) visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie mediche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei 90 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura e prescritte al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura. Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.

2. Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave patologia, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale alla grave patologia stessa, la Società rimborserà le relative spese applicando anche le garanzie di cui al precedente Art. 2.1 Sezione 4 fermo restando gli scoperti previsto per l'assistenza diretta al punto a) e l'assistenza indiretta al punto b).

3. La copertura delle spese di cui sopra avviene con le seguenti modalità:

a) Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta

Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto a carico dell'assistito del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di € 4.000.

Tale scoperto verrà applicato anche per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero qualora siano rese da strutture sanitarie private e personale medico convenzionati. Nel caso le spese di cui alle lettere c) e d) siano rese da strutture sanitarie private e personale medico non convenzionati, lo scoperto applicato sarà pari al 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa).

b) Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)

Qualora non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assistito le prestazioni saranno rimborsate all'Assistito stesso previa presentazione di idonea documentazione con le stesse modalità previste nel punto precedente. Resta fermo lo scoperto del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di €

4.000 anche per le prestazioni pre e post ricovero.

Art. 3 Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero con intervento chirurgico a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale per qualsiasi causa, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, la Società corrisponde un'indennità giornaliera di euro 50,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa), con applicazione di una franchigia di 7 giorni (o periodo aggiudicato quale opzione migliorativa), entro il limite massimo di 40 giorni per ciascuna annualità assicurativa.

Art. 4 Parto

1. In caso di parto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, purché non a carico del SSN è previsto la copertura massima omnicomprensiva di:

- Euro 1.500,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) in caso di parto naturale;
- Euro 3.000,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) in caso di parto cesareo.

2. I massimali di cui sopra sono intesi per evento e vengono liquidati senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia fino a concorrenza dell'importo della fattura sanitaria.

Art. 5 Prevenzione Odontoiatrica

1. La società provvede al pagamento di una (1) visita specialistica e di una (1) seduta di igiene orale professionale l'anno.

2. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

3. Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate e la società provvederà direttamente al pagamento delle stesse con la deduzione di uno scoperto del 20% (o valore aggiudicato quale opzione migliorativa). Tale scoperto si applica anche in caso di prestazioni effettuate in strutture non convenzionate qualora assenti nella provincia di residenza dell'assistito. In tal caso la prestazione sarà erogata in forma rimborsuale con il limite di 100,00 euro

Art. 6 Implantologia

1. La società provvede al pagamento delle prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse. La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero massimo di quattro (4) impianti per annualità assicurativa.

2. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

La disponibilità annua per la presente garanzia è di euro 2.400,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) per assistito, con un sottomassimale di euro 600,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) ad impianto.

3. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

4. Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture convenzionate a meno che non vi siano tali strutture nella provincia di residenza dell'assistito e la società provvederà direttamente al pagamento delle stesse senza l'applicazione di alcuno scoperto e franchigia.

5. Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare la disponibilità massima ad impianto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Iscritto alla struttura convenzionata.

6. Si applicano gli stessi limiti qualora l'assistito risieda in una provincia nella quale non siano presenti strutture convenzionate. In tal caso la prestazione sarà erogata in forma rimborsuale.

Art. 7 Assistenza per i casi di non autosufficienza permanente

1. Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la Società riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile di euro 500,00, per massimo quattro (4) anni, a fronte delle spese sanitarie e socioassistenziali sostenute e documentate connesse allo stato di non autosufficienza.

2. Per «non autosufficienza» si intende l'incapacità totale e permanente, conseguente a infortunio o malattia, con diagnosi durante il Periodo di copertura assicurativa, che permanga per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi e i cui effetti siano presumibilmente permanenti e irreversibili, tali da impedire almeno 3 delle 6 attività elementari della vita quotidiana elencate qui di seguito, con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Le 6 attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

1. **Farsi il bagno o la doccia:** capacità di compiere queste azioni in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona (inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca e dalla doccia).
2. **Mantenere l'igiene personale:** curare la propria igiene personale (intesa come capacità di radersi, pettinarsi e di fare toilette) in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona.
3. **Vestirsi:** capacità, di mettersi o togliersi i vestiti in modo autonomo senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di abiti idonei.
3. **Nutrirsi:** capacità di mangiare, anche cibo preparato da altri, o di bere in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di posate e recipienti idonei;
4. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali (es. urinali e defecali), mantenendo un livello di igiene personale soddisfacente.
5. **Spostarsi:** capacità di effettuare cambi posturali di qualsiasi tipo (es. alzarsi da una sedia, dal letto o in piedi) e camminare in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, anche con l'ausilio di stampelle o di una sedia a rotelle

Art. 8 Area Prevenzione Secondaria

1. La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

2. I singoli pacchetti dovranno essere effettuati in un'unica soluzione:

Pacchetto prevenzione cardiovascolare base:

- Analisi di laboratorio:
 - o Aspartato Aminotransferasi AST
 - o Alanina aminotransferasi ALT
 - o Creatinina
 - o Colesterolo totale
 - o Colesterolo HDL
 - o Esame emocromocitometrico e morfologico completo
 - o Glicemia
 - o Gamma GT
 - o Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
 - o Tempo di protrombina (PT)
 - o Trigliceridi
 - o Urea

- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- VES
- ECG basale
- Visita cardiovascolare

Pacchetto prevenzione oncologica donna (per età superiore ai 40 anni) uno a scelta tra:

- a) Visita specialistica ginecologica + pap test.
- b) Visita specialistica senologica + Ecografia Mammaria
- c) Visita specialistica senologica + Mammografia

Pacchetto prevenzione oncologica uomo (per età superiore ai 40 anni):

- Visita specialistica urologica + Antigene Prostatico Specifico (PSA)

3. I pacchetti che seguono si intendono validi se previsti nell'offerta migliorativa

1. **Pacchetto cardiovascolare completo:** prestazioni previste per gli uomini e le donne una volta l'anno: (oggetto di offerta tecnica)
 - Ecg sotto sforzo
 - Ecocolordoppler TSA
2. **Pacchetto prevenzione dermatologica** (oggetto di offerta tecnica)
 - Visita specialistica dermatologica
 - Mappatura completa dei nei
3. **Pacchetto prevenzione oculistica** (oggetto di offerta tecnica)
 - Visita specialistica oculistica
 - Esame del fondo oculare
 - Tonometria (misurazione pressione intraoculare)
4. **Pacchetto prevenzione endocrinologica** (oggetto di offerta tecnica)
 - Visita specialistica endocrinologica
 - Ecografia tiroidea
 - Ecocolodoppler tiroideo
5. **Pacchetto prevenzione pneumologica** (oggetto di offerta tecnica)
 - Visita specialistica pneumologica
 - Spirometria
 - TAC torace a basso dosaggio
6. **Pacchetto prevenzione angiologica** (oggetto di offerta tecnica)
 - Visita specialistica angiologica
 - Ecocolordoppler vasi epiaortici
 - Ecocolordoppler aorta addominale

Art. 9 Attivazione tariffario agevolato per assicurati e familiari

La Società si impegna a mettere a disposizione degli assicurati e ai loro familiari una carta convenzioni che consenta agli stessi di poter usufruire di prestazioni sanitarie presso le strutture convenzionate con tariffe agevolate.

Art. 10 Prestazioni extra-ricovero presso il Servizio Sanitario Nazionale (oggetto di offerta

tecnica)

La Società rimborserà i ticket per le prestazioni effettuate all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, ad esclusione dei farmaci, applicando uno scoperto del 30%, con il minimo di euro 35,00, per ogni richiesta di rimborso inviata, entro il massimale annuo di euro 100,00.

Art. 11 Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica (oggetto di offerta tecnica)

1. La Società, anche in assenza di ricovero, a seguito di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto delle seguenti prestazioni:

- AGOBIOPSIA
- AMNIOCENTESI
- ANGIOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- BIOPSIA IN SCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- CATETERISMO CARDIACO
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOURETROGRAFIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
- COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
- COLECISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- CRIOTERAPIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DEFECOGRAFIA
- DISCOGRAFIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOTOMOGRAMMA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA A SCOPO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
- FISTOLOGRAFIA
- FLEBOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- HOLTER
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA

- MAMMOTOME
- MIELOGRAFIA
- PET
- PNEUMOENCEFALOGRAFIA
- POLIPECTOMIA
- RADIOTERAPIA
- RETINOLOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- RX ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCIALOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- SPLENOPORTOGRAFIA
- TOMOGRAFIA TORACE, TOMOGRAFIA IN GENERE
- TOMOGRAFIA LOGGE RENALI, TOMOXEROLOGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) ANCHE VIRTUALE
- UROLOGRAFIA
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA
- VIDEOANGIOLOGRAFIA
- VILLOCENTESI
- WIRSUNGLOGRAFIA

2. Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate e le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alla struttura stessa con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% e nel limite di euro 500,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) per anno assicurativo.

3. Qualora nella provincia di residenza non siano presenti strutture convenzionate, la prestazione può essere effettuata in regime rimborsuale, fermi restando scoperto e limite annuo.

Art. 12 Visite specialistiche, esami ed accertamenti (*oggetto di offerta tecnica*)

1. La Società, anche in assenza di ricovero, a seguito di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto delle spese relative alle seguenti prestazioni:

- a) Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle omeopatiche, odontoiatriche, ortodontiche.

2. Le prestazioni sono erogabili esclusivamente presso le strutture sanitarie convenzionate e le spese vengono liquidate direttamente dalla Società alla struttura stessa con l'applicazione di uno scoperto pari al 20% e nel limite di euro 300,00 (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) per anno assicurativo.

3. Qualora nella provincia di residenza non siano presenti strutture convenzionate, la prestazione può essere effettuata in regime rimborsuale, fermi restando scoperto e limite annuo.

ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si stabilisce che ogni anno la Commissione Tecnica di cui all'art. 15 potrà essere convocata per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi della presente copertura, alla luce delle evoluzioni che possano essere determinate nell'ambito sanitario.

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di corpectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasia maligna
- Interventi sulle parotidi per neoplasia maligna
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o lobare
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica per neoplasia maligna
- Intervento per mega-esofago
- Intervento sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Resezione gastrica per neoplasia maligna
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sul retto-ano per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi chirurgici su esofago, stomaco, e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesiclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi di orchiectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con o senza linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con o senza linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale

- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per ricostruzioni di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale da infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI

- A. Infarto miocardico acuto.
- B. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - a. dispnea;
 - b. edemi declivi;
 - c. aritmia;
 - d. angina instabile;
 - e. edema o stasi polmonare;
 - f. ipossiemia.
- C. Neoplasia maligna.
- D. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - a. ulcere torbide;
 - b. decubiti;
 - c. neuropatie;
 - d. vasculopatie periferiche;
 - e. infezioni urogenitali o sovrainfezioni
- E. Stato di coma.
- F. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- G. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre, sono altresì previsti i seguenti Gravi Eventi Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%

- G. Tetraplegia.
- H. Sclerosi multipla.
- I. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).
- J. Alzheimer.
- K. Morbo di Parkinson caratterizzato da:
 - a. riduzione attività motoria;
 - b. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.
- L. Encefalite
- M. Morbo di Crohn
- N. Rettocolite ulcerosa
- O. Sindrome di Guillain-Barré