



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024

(CIG: 8762112390)

CAPITOLATO TECNICO



INDICE

1.	Premessa	3
2.	Oggetto dell'appalto	3
3.	Durata del contratto e pagamento del corrispettivo	4
4.	Contributi unitari e valore dell'appalto	4
5.	Elenco assistiti, decorrenza e cessazione del diritto alla copertura.....	5
6.	Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'Assistito	6
7.	Assistenza diretta tramite Centri Convenzionati	6
8.	Prestazioni accessorie	7
9.	Destinatari	10
10.	Oggetto della copertura e prestazioni	11
11.	Ricoveri	11
12.	Prestazioni di alta specializzazione.....	12
13.	Prestazioni specialistiche e check-up	13
14.	Prestazioni odontoiatriche	14
15.	Cure oncologiche	15
16.	Anticipo.....	15
17.	Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza	15
18.	Estensioni facoltative.....	17
19.	Prestazioni escluse	19
20.	Dati statistici	19
	ALL. 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	22
	ALL.2 - CHECK - UP	24



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

1. Premessa

L'IVASS, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, è stato istituito il 1° gennaio 2013, a seguito della volontà del Governo, concretamente manifestata con l'art. 13 del Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, di riformare l'attività di vigilanza nel settore assicurativo, fino a quel momento svolta dall'ISVAP. Obiettivo della norma è stato quello di creare un più stretto legame con la vigilanza bancaria (seguendo una linea di tendenza già da tempo avviata nel resto d'Europa) realizzando un collegamento funzionale tra l'IVASS e la Banca d'Italia evidente, in particolare, nell'assetto di governance dell'Istituto.

L'IVASS è dotato di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile e non grava sul bilancio dello Stato. Le entrate necessarie per far fronte alle spese di funzionamento provengono, infatti, prevalentemente dal contributo di vigilanza a carico dei soggetti vigilati determinato anno per anno.

L'IVASS ha sede in Roma, via del Quirinale 21. Alcuni uffici sono distaccati, sempre in Roma, presso lo stabile di via dei Due Macelli 73.

2. Oggetto dell'appalto

L'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (di seguito anche Istituto) ha indetto una procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016, per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria per il personale dell'Istituto. Il codice CIG attribuito alla procedura è il seguente: **8762112390**.

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici ed economici per l'affidamento dei suddetti servizi di assistenza sanitaria ad un Fondo sanitario appositamente selezionato (di seguito Cassa).

I servizi di assistenza sanitaria descritti nel presente Capitolato potranno essere erogati sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati con la Cassa, che in forma indiretta, attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute, nei termini, nella misura e con le modalità indicate nel Capitolato stesso e nello Schema di contratto.

L'assistenza sanitaria è operante nel mondo intero, indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'assistito.

La Cassa si impegna a fornire l'interpretazione più estensiva e più favorevole agli assistiti su quanto contemplato dalle condizioni di assistenza sanitaria previste dal presente Capitolato.

L'assistenza sanitaria opera a favore dei dipendenti dell'Istituto, anche in quiescenza, di seguito denominati anche "titolari", e dei relativi nuclei familiari, nei termini, nella misura e con le modalità indicate nel presente Capitolato.

L'appalto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni del presente Capitolato Tecnico e dello Schema di contratto, valgono le norme di legge.



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

3. Durata del contratto e pagamento del corrispettivo

Il Contratto relativo all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria descritti nel presente Capitolato avrà validità di 3 (tre) anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2022 e termine alle ore 24:00 del 31 dicembre 2024.

Il contratto potrà essere, ad insindacabile giudizio dell'Istituto, rinnovato fino ad un massimo di ulteriori 2 (due) anni.

È prevista, inoltre:

- la proroga tecnica del contratto per un periodo massimo di sei mesi, ai sensi dell'art. 106, comma 11, del d. lgs. n. 50/2016;
- l'aumento delle prestazioni nei limiti del 20% del controvalore massimo stimato del contratto, ai sensi dell'art. 106, comma 12, del d. lgs. n. 50/2016.

L'IVASS verserà i corrispettivi dovuti per ciascun anno solare sulla base dei contributi pro-capite indicati nell'Offerta economica della Cassa moltiplicato per il numero effettivo dei titolari risultante dall'elenco di cui al paragrafo 5.

I corrispettivi annuali dovuti dall'Istituto saranno erogati in via anticipata, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di pagamento da parte della Cassa.

L'inclusione di dipendenti assicurati avvenuta nel corso di ciascun anno contrattuale comporterà il versamento, da parte dell'Istituto, di un contributo integrativo posticipato, così quantificato:

- a) se l'inclusione avviene entro la prima metà dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero corrispettivo dovuto per l'anno;
- b) se l'inclusione avviene nella seconda metà dell'anno, verrà corrisposto il 60% (sessanta per cento) del corrispettivo dovuto per l'anno.

Il contributo annuale integrativo posticipato sarà erogato entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di pagamento da parte della Cassa.

Eventuali spese di adesione alla Cassa si intendono comunque ricomprese nell'importo dei contributi assoggettati a ribasso di gara.

La Cassa assume gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'art. 3 della legge 13.8.2010, n.136 e successive integrazioni e modifiche.

L'appalto non rientra nel campo di applicazione dell'IVA, ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. n. 633/1972.

4. Contributi unitari e valore dell'appalto

I contributi unitari annuali massimi - relativi alla copertura di ciascun titolare e del proprio nucleo familiare, formato dai soggetti aventi diritto secondo quanto previsto dal presente Capitolato - che costituiscono la base di gara, sono i seguenti:



- contributo per i dipendenti in servizio e i Direttori in quiescenza: euro 4.000,00;
- contributo per gli Specialisti, gli Esperti e gli Operativi in quiescenza: euro 1.600,00.

Il valore complessivo stimato dell'appalto, comprensivo di tutte le opzioni, ammonta a euro 11.466.720,00 ed è stato così determinato:

contributo unitario e importo a base di gara	Titolari			tetto triennale	Titolari		eventuale rinnovo biennale	eventuale proroga tecnica semestrale	TOTALE contrattuale	valore sesto quinto	valore complessivo dell'appalto comprensivo di tutte le opzioni	
	2022	2023	2024		2025	2026						
contributo per i dipendenti in servizio	4.000,00	380	400	400	4.720.000,00	400	400	3.200.000,00	800.000,00	8.720.000,00	1.744.000,00	10.464.000,00
contributo per i direttori in quiescenza	4.000,00	20	21	21	248.000,00	21	21	168.000,00	42.000,00	458.000,00	91.600,00	549.600,00
contributo per altro personale in quiescenza	1.600,00	33	40	42	184.000,00	46	50	153.600,00	40.000,00	377.600,00	75.520,00	453.120,00
TOTALE COMPLESSIVO					5.152.000,00			3.521.600,00	882.000,00	9.555.600,00	1.911.120,00	11.466.720,00

Si precisa che:

- il numero delle unità in quiescenza sopraindicato si riferisce al solo personale già in quiescenza o che si prevede sarà collocato a riposo per raggiunti limiti di età anagrafica, secondo la normativa vigente (quindi, di norma, al raggiungimento dei 67 anni di età) e non comprende quindi eventuali pensionamenti anticipati, anche ai sensi di nuove disposizioni legislative che dovessero essere emanate nelle more dello svolgimento della procedura di gara ovvero durante l'esecuzione del contratto;
- il numero dei titolari sopraindicato tiene conto delle assunzioni previste, in relazione al limite di legge alla pianta organica del personale dell'istituto (400 unità).

5. Elenco assistiti, decorrenza e cessazione del diritto alla copertura

L'elenco dei soli titolari, **esclusi quindi i relativi nuclei familiari**, verrà fornito dall'Istituto all'atto della stipula del Contratto.

Sarà onere della Cassa consentire ai titolari, sotto la propria esclusiva responsabilità, l'inserimento nel portale web di cui al successivo par.8 dei dati anagrafici dei componenti del proprio nucleo familiare aventi diritto alla copertura secondo quanto previsto dal presente Capitolato, nonché eventuali variazioni. A tal fine, il requisito di essere fiscalmente a carico è determinato, all'inizio di ciascun anno, in riferimento al reddito percepito dai familiari del titolare nell'anno precedente.

Gli aggiornamenti concernenti ogni variazione nell'elenco iniziale dei titolari, che dovesse verificarsi nel corso del periodo di validità del contratto, saranno tempestivamente comunicati dall'IVASS.



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

L'inclusione in copertura decorre dalla data dell'evento (es. assunzione, nascita, matrimonio) che ne fa sorgere il diritto. Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'anno solare, i limiti di assistenza sono riconosciuti per intero.

In caso di perdita dei requisiti che danno diritto all'assistenza (es. cessazione dal servizio senza diritto a pensione, divorzio) l'assistenza sanitaria rimane comunque in vigore - alle stesse condizioni previste per il personale in servizio - fino alla fine dell'anno solare in cui si è verificato l'evento che ne fa cessare il requisito.

I dipendenti, non aventi la qualifica di Direttore, collocati a riposo con diritto a pensione, usufruiscono delle condizioni di assistenza previste per il personale in servizio sino alla fine dell'anno solare nel quale sono stati in effettivo servizio.

6. Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'Assistito

Il termine massimo per la presentazione della documentazione ai fini del rimborso è di 180 giorni dalla data di fine malattia. In caso di decesso del dipendente, la documentazione deve essere presentata dagli eredi entro 180 giorni dalla data del decesso.

I rimborsi dovuti agli assistiti vengono effettuati su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate.

Il rimborso deve essere effettuato dalla Cassa entro 30 giorni solari, decorrenti dalla data di ricevimento della documentazione completa. La Cassa dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso. In caso di ritardo, si applica la penale prevista dall'art.12 dello Schema di contratto.

Il pagamento avverrà tramite bonifico sul conto corrente indicato dal titolare nella richiesta di rimborso.

Qualora l'Assistito abbia presentato a terzi le notule, distinte o ricevute per ottenerne il rimborso, la Cassa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente Capitolato al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il processo di liquidazione dei rimborsi richiesti dagli assistiti dovrà essere descritto nell'Offerta tecnica e sarà oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto dal Disciplinare di gara.

7. Assistenza diretta tramite Centri Convenzionati

La Cassa, allo scadere del termine per la presentazione delle offerte, deve essere in possesso di una rete convenzionata, atta a garantire l'assistenza diretta per l'area ricoveri e per le altre prestazioni previste dal presente Capitolato.

La rete dovrà comprendere nel territorio di Roma Capitale, almeno 15 strutture abilitate al ricovero notturno e almeno 50 strutture non abilitate al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi, ecc.).



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

La rete dovrà comprendere, altresì, convenzioni con almeno 10 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubblici e privati, situati nel territorio nazionale, di cui all'apposito elenco pubblicato sul sito del ministero della Salute ai sensi del d. lgs. n. 288/2003 e del Decreto del Ministero della salute 5 febbraio 2015 (pubblicato nella G.U. Serie Generale, n. 78 del 03 aprile 2015).

Per le sole cure odontoiatriche, deve essere posseduta una rete composta da almeno 20 strutture o professionisti nel territorio di Roma Capitale.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito nel caso di utilizzo di strutture convenzionate vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture stesse secondo i limiti e alle condizioni previste dal presente Capitolato.

La rete di strutture sanitarie posseduta dalla Cassa dovrà essere descritta nell'Offerta tecnica e sarà oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto dal Disciplinare di gara.

8. Prestazioni accessorie

Le prestazioni descritte nel presente paragrafo sono accessorie ai servizi di assistenza sanitaria prestati dalla Cassa. Il corrispettivo per tali prestazioni si intende compreso nell'importo dei contributi richiesti per l'espletamento del servizio.

a) Responsabile del Servizio

Dalla data di attivazione del Contratto, la Cassa dovrà mettere a disposizione dell'Istituto un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici e l'indirizzo di posta elettronica nonché gli orari di servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività della Cassa nei rapporti con l'IVASS, e di essere il referente del Responsabile del procedimento e del Direttore dell'esecuzione del contratto.

b) Reportistica e informativa

La Cassa, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'IVASS un report analitico di tutti i sinistri aperti per ciascun periodo contrattuale.

Tale elenco dovrà riportare per ciascun sinistro:

- numero di riferimento;
- indicazione di età e sesso dell'assistito;
- indicazione dello stato dell'assistito (dipendente in servizio, direttore in quiescenza, altro personale in quiescenza, familiare di dipendente in servizio, familiare di direttore in quiescenza, familiare di altro personale in quiescenza);
- tipologia dell'assistito (titolare o familiare);
- data di accadimento dell'evento;
- data inserimento richiesta rimborso;
- identificativo del nucleo familiare di appartenenza;



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

- tipologia dell'evento (infortunio o malattia);
- tipologia della garanzia (es. spese di ricovero, prestazioni specialistiche, check-up, ecc.);
- tipologia di assistenza (diretta o indiretta);
- importi liquidati e/o riservati;
- data di liquidazione;
- note ed altri eventuali campi da concordare con l'Istituto nel corso dell'esecuzione del contratto.

Il suddetto report dovrà essere fornito in formato .xls e dovrà pervenire entro il mese di febbraio di ciascun anno, con successivi aggiornamenti in merito all'evoluzione di eventuali sinistri tardivi e/o riservati.

c) Portale web dedicato per la gestione del servizio e help desk

La Cassa dovrà mettere a disposizione degli assistiti un portale web per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria, che consenta, tra l'altro, di evitare l'utilizzo del supporto cartaceo.

Il portale web:

- deve essere disponibile tutti i giorni dell'anno senza limiti di orario e senza limiti alle funzionalità;
- deve essere accessibile attraverso i più diffusi browser per la navigazione internet (nel caso di internet explorer deve essere compatibile a partire dalla versione 11);
- deve garantire la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password etc.);
- deve garantire la funzionalità che permetta ai titolari l'inserimento dei dati relativi al proprio nucleo familiare, autocertificandone il possesso dei requisiti previsti, nonché le necessarie variazioni;
- deve garantire la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- deve garantire la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese;
- deve garantire la possibilità per gli assistiti di disporre di un elenco, anche su supporto cartaceo, delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Per quanto riguarda il trattamento dei Dati Personali, il portale deve essere conforme alla normativa di riferimento, in particolare al d. lgs. n. 196/2003, novellato dal d. lgs. n. 101/2018, unitamente al Regolamento UE 27 aprile 2016, n. 679 (c.d. "GDPR"), anche in considerazione della particolare tipologia di dati trattati (dati sulla salute).

Nel portale dovrà, inoltre, essere presente un documento illustrativo sintetico delle condizioni di assistenza sanitaria per il personale dell'IVASS, sia attivo che in quiescenza.

La Cassa dovrà garantire un servizio di help desk, di cui potranno servirsi gli assistiti IVASS, per avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso o per risolvere eventuali problematiche inerenti l'utilizzo del portale.

Il servizio dovrà essere garantito almeno nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:00 e dovrà essere fruibile attraverso i seguenti canali:



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390

- numero verde gestito da call center dedicato;
- indirizzo mail dedicato.

All'avvio del Contratto, la Cassa dovrà provvedere ad un'adeguata attività iniziale di comunicazione e promozione del portale nei confronti dei dipendenti, con la partecipazione di propri incaricati, al fine di favorire la conoscenza del processo liquidativo e l'utilizzo e l'articolazione della rete convenzionata per una completa fruizione del Piano sanitario. In proposito verranno concordati con l'Istituto almeno due eventi per la rappresentazione del piano sanitario.

Le funzionalità e le caratteristiche del portale web e dell'helpdesk, nonché dell'app dedicata (ove prevista dalla Cassa) e dell'attività di promozione e comunicazione, dovranno essere descritte nell'Offerta tecnica e saranno oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto dal Disciplinare di gara.

d) Customer satisfaction

All'assistito dovrà essere data la possibilità di rivolgersi direttamente alla Cassa in caso di insoddisfazione per il servizio ricevuto.

La Cassa fornirà riscontro entro massimo cinque giorni lavorativi e fornirà semestralmente all'Istituto un report contenente le segnalazioni ricevute e le relative misure adottate.

La Cassa si impegna, altresì, a partecipare a incontri periodici con l'Istituto per verificare la corretta esecuzione del contratto e per esaminare i casi controversi segnalati dagli assistiti e ritenuti meritevoli di approfondimento.

I dettagli e le modalità operative proposte per il funzionamento del servizio di customer satisfaction dovranno essere descritti nell'Offerta tecnica e saranno oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto nel Disciplinare di gara.

e) Servizio di consulenza medica

Quale servizio aggiuntivo liberamente offerto, la Cassa potrà mettere a disposizione degli assistiti, senza oneri aggiuntivi per gli stessi e per l'Istituto, un servizio di consulenza medica che potrebbe comprendere, ad esempio:

- fornitura di informazioni di carattere medico-specialistico sulle tematiche inerenti la prevenzione, la diffusione, il contrasto, la cura e il trattamento della pandemia Covid-19 e altre eventuali pandemie dichiarate dall'OMS;
- ricerca istituti di cura e medici specialistici;
- gestione appuntamenti presso le strutture convenzionate usufruendo di un canale di accesso privilegiato e tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore;
- *second opinion*: l'assicurato, trasmettendo la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

Le funzionalità e le caratteristiche del servizio di consulenza medica, liberamente offerto dalla Cassa, dovranno essere descritti nell'Offerta tecnica e saranno oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto nel Disciplinare di gara.



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

9. Destinatari

I destinatari delle condizioni di assistenza sanitaria previste dal presente Capitolato sono:

- il personale in servizio inquadrato nel profilo di Direttore¹, il Segretario Generale e i Consiglieri dell'IVASS, nominati ai sensi dell'art. 13, comma 13, del d.l. 95/2012, convertito con L.135/2012, nel periodo di esercizio delle funzioni (nel seguito assimilati ai Direttori in servizio);
- il personale in quiescenza inquadrato nel profilo di Direttore;
- il personale in servizio inquadrato nel profilo di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa;
- il personale in quiescenza inquadrato nel profilo di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa, nei limiti e con le modalità indicate nel par.17;
- il coniuge, i figli ed altri familiari a carico delle suddette categorie di destinatari, intendendosi per tali quelli per i quali si ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia ai sensi dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 e s.m.i. e il convivente more uxorio (ovvero convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016), che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo della predetta disposizione di legge.

La convivenza more uxorio, che deve essere tale per cui possa considerarsi costituita una famiglia di fatto, va comprovata da documentazione ufficiale. Inoltre, il dipendente che chiede l'assistenza per il convivente more uxorio deve annualmente rilasciare una dichiarazione scritta, della quale si assume tutte le responsabilità, attestante lo stato di convivenza more uxorio che dà diritto al rimborso delle spese sostenute per il convivente.

Le sole prestazioni di cui ai successivi paragrafi 11 (ricoveri) e 15 (cure oncologiche) sono estese al coniuge del dipendente in servizio e del personale in quiescenza con profilo di Direttore, anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente "more uxorio" (ovvero convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016).

- Il coniuge ovvero il convivente more uxorio del personale in quiescenza già inquadrato nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa usufruisce delle prestazioni di cui al paragrafo 17 solo ove sia a carico dell'ex dipendente;
- in caso di decesso del dipendente in servizio o in quiescenza continuano ad avere diritto all'assistenza sanitaria, fino alla scadenza del periodo per il quale è stato versato il contributo alla Cassa, il coniuge del dipendente, che non contragga nuovo matrimonio, nei limiti sopra descritti, nonché i figli del dipendente medesimo che siano a carico del suddetto coniuge superstite (intendendosi per tali quelli per i quali il coniuge stesso ha diritto alle detrazioni di imposta a norma del citato art. 12 del D.P.R. 917/1986);

¹ Si fa presente che fino al 30.6.2016 gli appartenenti a tale categoria erano denominati Dirigenti e che il cambio di denominazione (Direttori) non comporta alcun effetto in merito a quanto previsto dalle presenti Condizioni.



- in caso di decesso dell'ex Direttore, in quiescenza alla data del 1° gennaio 2018, continuano ad avere diritto all'assistenza sanitaria, limitatamente alle prestazioni di cui ai successivi paragrafi 11 (ricoveri) e 15 (cure oncologiche), il coniuge dell'ex Direttore, che non contragga nuovo matrimonio, nonché i figli dell'ex Direttore che siano a carico del suddetto coniuge superstite.

10. Oggetto della copertura e prestazioni

Il servizio di assistenza sanitaria per il personale dell'Istituto copre le spese relative ai seguenti eventi: malattia, infortunio, gravidanza e parto. Le condizioni di assistenza sono riportate nei paragrafi seguenti.

In tutti i casi in cui il presente Capitolato prevede un limite o massimale annuo di rimborso, l'arco annuale di riferimento è un periodo di 12 mesi dal 1° gennaio dell'anno di osservazione al 31 dicembre dello stesso anno.

11. Ricoveri

11.1 Prestazioni connesse ai ricoveri

La Cassa rimborsa:

- a) in caso di ricovero - anche ambulatoriale o in regime di Day Hospital - in istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, parto cesareo, gravidanza extra uterina, aborto terapeutico:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente pediatrico, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria e di sala parto e il materiale di intervento;
 - l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
 - rette di degenza e ogni altra spesa a qualsiasi titolo sostenuta (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito infermo);
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici specialistici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi², cure termali (esclusa la retta alberghiera), effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico o dall'evento che ha causato il ricovero stesso;

² Si intendono ivi comprese anche le spese relative al noleggio delle apparecchiature necessarie per effettuare i trattamenti fisioterapici e riabilitativi post intervento chirurgico.



- b) in caso di parto naturale: sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto (compresa l'assistenza pediatrica), cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero, rette di degenza (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito) nel limite massimo complessivo per anno e per nucleo di 6.000,00 euro, inteso come sottolimito del massimale previsto dal successivo par.11.3;
- c) le spese sostenute a fronte di compensi per trasporto dell'assistito a/da istituto di cura o ospedale con qualsiasi mezzo idoneo (esclusa autovettura).

11.2 Indennità sostitutiva

Qualora il dipendente non abbia richiesto per sé e/o per i familiari aventi diritto all'assistenza il rimborso delle spese di ricovero previste nel precedente par.11.1 lettera a), in quanto a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto ad una indennità di euro 200,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite annuo di 100 giorni. Le giornate di entrata e di uscita dall'ospedale sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'indennità sostitutiva non è dovuta se il dipendente ha ottenuto il rimborso delle spese o altro indennizzo da altro assicuratore.

11.3 Massimali e scoperti

Il massimale è illimitato per prestazioni connesse a ricoveri relativi a tutte le malattie tumorali e ai grandi interventi chirurgici, intendendosi per tali quelli indicati all'allegato 1 del presente Capitolato, sia in assistenza diretta che in assistenza indiretta.

Per prestazioni connesse a ricoveri diversi da quelli indicati al capoverso precedente si applica un massimale annuale per il nucleo familiare pari a euro 500.000,00; per prestazioni connesse a ricoveri effettuati in regime misto (struttura sanitaria convenzionata, équipe medica non convenzionata o viceversa), la Cassa si fa comunque carico di tutte le prestazioni erogate in assistenza diretta.

12. Prestazioni di alta specializzazione

La Cassa rimborsa, con il limite assistenziale di euro 3.341,00 anno/nucleo aumentato di euro 1.316,00 per ciascuno dei due primi carichi familiari e di ulteriori euro 443,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi, le spese sostenute e documentate per le seguenti prestazioni di alta specializzazione:

- ECOGRAFIA
- AMNIOCENTESI ovvero, in alternativa, VILLOCENTESI o altro esame diagnostico equivalente non invasivo (es. *Prenatal Safe*) in caso di sospetta patologia della gestante o del feto
- TAC
- ELETTROCARDIOGRAFIA

- DOPPLER
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- LASERTERAPIA
- TELECUORE
- DIALISI
- AGOPUNTURA (PRESTATO DA MEDICO SPECIALISTA)
- ENDOSCOPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINEROLOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA
- UROGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- BILANCIO ORMONALE
- COLPOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAFIA
- LOGOPEDIA
- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI

Per le prestazioni erogate dalla Cassa in regime di convenzione diretta non viene applicato alcun scoperto; per le prestazioni non in convenzione diretta viene applicato uno scoperto del 20%. I ticket relativi alle sopra citate prestazioni erogate dal SSN sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

13. Prestazioni specialistiche e check-up

13.1 Prestazioni specialistiche

Indipendentemente dal ricovero, la Cassa rimborsa, con il limite assistenziale di euro 3.341,00 anno/nucleo aumentato di euro 1.316,00 per ciascuno dei due primi carichi familiari e di ulteriori euro 443,00 per ciascuno dei carichi familiari successivi, le seguenti prestazioni specialistiche:

- a) visite mediche generiche e specialistiche domiciliari o ambulatoriali, incluse le visite pediatriche e di controllo in gravidanza escluse quelle odontoiatriche;
- b) analisi ed esami diagnostici;
- c) trattamenti fisioterapici per infortunio o malattie gravi (ictus, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatie); terapie fisiche, mediche e farmacologiche per gravi patologie (a titolo indicativo: artropatie acute, diabete complicato, malattie del sangue, morbo di Parkinson, maculopatia degenerativa e gravi patologie dell'occhio che richiedono trattamento con iniezioni intravitreali e retrobulbari). Massimale di euro 1.500,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare, inteso quale sottolimito del massimale annuo di cui al primo comma del presente paragrafo;



- d) protesi ortopediche e acustiche;
- e) lenti e occhiali, nei limiti del massimale di euro 300,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare, inteso quale sottolimito del massimale annuo di cui al primo comma del presente paragrafo. Non è applicabile alcuno scoperto e sono comprese le lenti a contatto usa e getta e la montatura degli occhiali. Ai fini del rimborso è necessaria la certificazione medica rilasciata dal medico specialista o ottico optometrista che attesti la modifica del visus.

Le prestazioni di cui al presente paragrafo sono rimborsabili dietro prescrizione medica e con uno scoperto del 20% in caso di assistenza indiretta (escluso per lenti e occhiali) e senza alcuno scoperto in caso di assistenza diretta. I ticket relativi alle prestazioni erogate dal SSN sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

13.2 Check-up

La Cassa rimborsa la fruizione di un check-up diagnostico preventivo annuale, le cui prestazioni sono elencate nell'allegato 2 del presente Capitolato.

Hanno diritto ad effettuare il check-up i dipendenti in servizio e il personale in quiescenza con profilo di Direttore alla data del 1° gennaio 2022.

Il check-up potrà essere effettuato esclusivamente in assistenza diretta presso un centro convenzionato, senza pertanto alcun onere a carico del dipendente o dell'Istituto.

Il check-up dovrà essere effettuato in un'unica giornata; la Cassa dovrà mettere a disposizione a tal fine almeno 2 strutture convenzionate di cui almeno una situata nei Municipi 1 o 2 di Roma Capitale o zone limitrofe.

Nell'ottica di un efficientamento della copertura che possa comportare benefici per gli assistiti e riduzione dei costi, sarà facoltà della Cassa proporre modalità alternative di fruizione del check-up prevedendo una serie di check-up "mirati" (es. check up cardiovascolare, internistico, ginecologico, ecc.), alternativi tra di loro, oltre ad una serie di esami di primo livello (uguali per tutte le tipologie di check-up).

Tali modalità alternative potranno essere liberamente scelte dall'assistito in luogo del pacchetto di prestazioni come descritto nell'allegato 2 del presente Capitolato, che la Cassa è comunque obbligata ad offrire a ciascun avente diritto.

Le modalità alternative di fruizione del check-up dovranno essere descritte nell'Offerta tecnica e saranno oggetto di valutazione da parte dell'Istituto, ove ritenute di interesse per l'IVASS, secondo quanto previsto nel Disciplinare di gara.

14. Prestazioni odontoiatriche



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

La Cassa rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche con il limite massimo, per anno assistenziale e nucleo familiare, pari a euro 3.500,00, aumentato di euro 950,00 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di euro 400,00 per ciascuno dei carichi successivi, con uno scoperto del 20%. Il limite massimo dello scoperto è pari a euro 300,00 per ciascuna prestazione in caso di assistenza indiretta.

In alternativa al rimborso, il dipendente potrà chiedere l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche in assistenza diretta presso un centro o professionista convenzionato. In tal caso, fermi restando i suddetti massimali annuali, non si applica alcuno scoperto.

15. Cure oncologiche

La Cassa rimborsa al 100% le spese sostenute e documentate per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo di euro 40.000,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

16. Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Cassa verserà a tale titolo, entro 15 giorni dalla richiesta dell'assistito, supportata da idonea documentazione, un anticipo pari all'importo del preventivo di spesa formulato dalla struttura sanitaria. L'anticipo non può essere superiore al 50% del massimale annuo previsto per l'area ricoveri.

17. Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza

17.1 Destinatari

Gli ex-dipendenti (inquadrati nei profili di Specialista, Esperto e nell'Area operativa) cessati dal servizio con diritto a pensione dal 1° gennaio 2019 nonché coloro la cui copertura a carico dell'Istituto sia in essere al 31 dicembre 2021, per un periodo di cinque anni decorrenti dall'inizio del primo periodo di copertura successivo alla data di cessazione.

In caso di decesso dell'ex dipendente in quiescenza la copertura sanitaria cessa, alla scadenza del periodo per il quale è stato versato il contributo alla Cassa, anche nei confronti del nucleo familiare.

17.2 Prestazioni

La Cassa rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni con le modalità e nei limiti appresso indicati:

A. Prestazioni connesse a ricoveri



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

In caso di ricovero - anche ambulatoriale o in regime di Day Hospital - in istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, sia in forma diretta che indiretta:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
- gli accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- le rette di degenza ed ogni altra spesa a qualsiasi titolo sostenuta (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito infermo);
- gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici specialistici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico o dell'evento che ha causato il ricovero stesso.

Il massimale per anno e nucleo assicurato è di 230.000 euro. Non sono previsti scoperti o franchigie.

B. Prestazioni di alta specializzazione

La Cassa rimborsa, con il limite assistenziale di euro 3.500,00 anno/nucleo le spese sostenute e documentate per le seguenti prestazioni:

- ECOGRAFIA
- TAC
- ELETTRCARDIOGRAFIA
- DOPPLER
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- ELETTRENCEFALOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- LASERTERAPIA
- TELECUORE
- DIALISI
- AGOPUNTURA (PRESTATO DA MEDICO SPECIALISTA)
- ENDOSCOPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINEROLOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA
- UROGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- BILANCIO ORMONALE
- COLPOSCOPIA
- ECOCARDIOGRAFIA



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390

- LOGOPEDIA
- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI
- ACQUISTO/NOLEGGIO DI APPARECCHI PROTETICI (escluse protesi dentarie e lenti occhiali)
- ANALISI ED ESAMI DIAGNOSTICI

Per le suddette prestazioni in regime di convenzione diretta non viene applicato alcun scoperto; le prestazioni non in convenzione diretta vengono rimborsate con uno scoperto del 20%. I ticket relativi alle citate prestazioni erogate dal SSN sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

C. Cure oncologiche

Rimborso al 100% delle spese sostenute e documentate per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo di euro 40.000,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

18. Estensioni facoltative

La Cassa dovrà, per ciascun periodo assistenziale, prevedere le integrazioni facoltative, di seguito descritte, a totale carico:

- dei dipendenti in servizio;
- del personale già in quiescenza alla data del 1° gennaio 2022 con profilo di Direttore e del personale che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2022, ovvero che gode, a tale data, della copertura assistenziale a carico dell'Istituto.

A) Per i dipendenti in servizio e per il personale in quiescenza con profilo di Direttore alla data del 1° gennaio 2022, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo:

- A.1 estensione delle coperture per il coniuge non a carico o convivente more uxorio (con reddito superiore a quello previsto dall'art. 12 del D.P.R. 917/1986) con tutte le altre previste dal presente Capitolato;
- A.2 estensione della copertura per ricoveri di cui al paragrafo 11 per i figli non a carico purché conviventi;
- A.3 estensione delle coperture per i figli conviventi non a carico con tutte quelle previste dal presente Capitolato.

B) Per il personale inquadrato nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area operativa che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2022, ovvero che gode, a tale data, della copertura a carico dell'Istituto:

- B.1 estensione delle coperture di cui al par. 17 per sé e per i familiari a carico con tutte le altre coperture previste per i dipendenti in servizio (incluso il check up per il solo ex dipendente), nell'ambito del massimale previsto per il nucleo;



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390

B.2 estensione delle coperture di cui al par. 17.2 lettera A (Ricoveri) a favore del coniuge convivente non a carico o del convivente more uxorio (con reddito superiore a quello previsto dall'art. 12 del D.P.R. 917/1986).

C) Per gli ex-dipendenti in quiescenza (già inquadrati nei profili di Specialista, Esperto e nell'Area Operativa) per i quali cesserà la copertura assistenziale a carico dell'Istituto nel periodo di vigenza del contratto con la Cassa:

C.1 estensione della copertura prevista di cui al par. 17, per sé e per i familiari a carico, dopo il periodo di copertura a carico dell'Istituto. Si precisa che qualora l'ex dipendente esca dalla copertura collettiva non potrà successivamente richiedere tale estensione.

I costi relativi alle estensioni facoltative a totale carico dei dipendenti in servizio e del personale in quiescenza dovranno essere riportati nell'Offerta economica, e saranno considerati ai fini della valutazione dell'Offerta, come meglio precisato nel Disciplinare di gara.

Di seguito si riportano, per ciascuna tipologia di estensione, i costi annuali pro-capite massimi ammessi:

RIF.	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO ANNUALE PRO CAPITE MASSIMO A BASE DI GARA
Estensioni per i dipendenti in servizio e per il personale in quiescenza con profilo di Direttore alla data del 1° gennaio 2022, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo		
A.1	estensione delle coperture per il coniuge non a carico o convivente more uxorio (con reddito superiore a quello previsto dall'art. 12 del D.P.R. 917/1986) con tutte le altre previste dal presente Capitolato	2.200,00
A.2	estensione della copertura per ricoveri di cui al paragrafo 11 per i figli non a carico purché conviventi	1.000,00
A.3	estensione delle coperture per i figli conviventi non a carico con tutte quelle previste dal presente Capitolato.	2.200,00
Estensioni per il personale inquadrato nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area operativa che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2022, ovvero che gode, a tale data, della copertura a carico dell'Istituto		
B.1	estensione delle coperture di cui al par. 17 per sé e per i familiari a carico con tutte le altre coperture previste per i dipendenti in servizio (incluso il check up per il solo ex dipendente), nell'ambito del massimale previsto per nucleo	2.400,00
B.2	estensione delle coperture di cui al par. 17.2 lettera A (Ricoveri) a favore del coniuge convivente non a carico o del convivente more uxorio (con reddito superiore a quello previsto dall'art. 12 del D.P.R. 917/1986).	1.000,00



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390

Estensione per gli ex-dipendenti in quiescenza (già inquadrati nei profili di Specialista, Esperto e nell'Area Operativa) per i quali cesserà la copertura assistenziale a carico dell'Istituto nel periodo di vigenza del contratto con la Cassa

C.1	estensione della copertura prevista di cui al par. 17, per sé e per i familiari a carico, dopo il periodo di copertura a carico dell'Istituto.	2.000,00
-----	--	----------

19. Prestazioni escluse

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- retta di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti nel paragrafo 11.3;
- psicoterapia salvo che non sia eseguita da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione;
- psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.

20. Dati statistici

Si riportano di seguito i principali dati statistici relativi alla copertura di cui al presente Capitolato.

Si tenga conto che le condizioni di assistenza sanitaria in vigore fino al 31.12.2017 erano sensibilmente diverse per i Direttori rispetto a quelle del restante personale.

TAB. 1

In questa tabella si indicano, per ciascuna categoria, i dati relativi all'età media dei titolari assistiti, alla data del 1° gennaio 2022:

categoria	numerosità al 1.1.2022	età media
-----------	---------------------------	-----------



tutti i dipendenti in servizio	380	50 ANNI 1 MESI
tutti i dipendenti in servizio maschi	161	50 ANNI 1 MESI
tutti i dipendenti in servizio femmine	219	50 ANNI
direttori in servizio	31	56 ANNI 2 MESI
direttori in servizio maschi	17	56 ANNI 1 MESI
direttori in servizio femmine	14	56 ANNI 2 MESI
altri dipendenti in servizio	349	49 ANNI 6 MESI
altri dipendenti in servizio maschi	144	49 ANNI 4 MESI
altri dipendenti in servizio femmine	205	49 ANNI 7 MESI
direttori in quiescenza	20	75 ANNI 5 MESI
direttori in quiescenza maschi	15	76 ANNI 4 MESI
direttori in quiescenza femmine	5	72 ANNI 10 MESI
altri dipendenti in quiescenza	33	65 ANNI 11 MESI
altri dipendenti in quiescenza maschi	22	64 ANNI 2 MESI
altri dipendenti in quiescenza femmine	11	66 ANNI 10 MESI

TAB. 2

In questa tabella si indicano i dati relativi all'età media dei familiari assistiti, alla data del 30 aprile 2021:

<i>categoria</i>	<i>numerosità al 30.4.2021</i>	<i>età media</i>
coniugi e conviventi more uxorio	221	56 ANNI 3 MESI
figli e altri familiari	412	19 ANNI

TAB. 3

Nelle tabelle seguenti viene rappresentata l'evoluzione del numero dei titolari e del contributo annuo pro capite a carico dell'IVASS, nel corso del periodo 2016 – 2020:

TAB. 3-A

<i>Categorie</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>Contributo annuale pro capite a carico dell'IVASS</i>
Altri dipendenti in servizio	350	360	2.575,00
Direttori in servizio	25	23	5.800,00
Direttori in quiescenza	14	16	5.800,00
Altro personale in quiescenza	1	2	500,00



TAB.3-B

Categorie	2018	2019	2020	Contributo annuale pro capite a carico dell'IVASS
Dipendenti in servizio	372	370	388	3.206,00
Direttori in quiescenza	16	17	17	3.206,00
Altro personale in quiescenza	6	11	14	722,48

TAB. 4

Nella tabella di seguito viene riportato l'importo dei sinistri pagati e la relativa tipologia, nel corso del quinquennio 2016 – 2020, unitamente all'importo dei contributi versati alla Cassa sanitaria, comprensivi delle estensioni facoltative a carico degli interessati.

TIPOLOGIA SINISTRI	2016	2017	2018	2019*	2020**
RICOVERO	494.585	478.220	327.123	655.366	346.894
DAY HOSPITAL /INTERVENTI AMBULATORIALI	34.878	25.553	88.427	157.655	84.892
DIAGNOSTICA/VISITE SPECIALISTICHE/TERAPIE	282.646	304.476	403.753	466.786	348.580
CURE DENTARIE	312.193	298.143	325.636	344.796	313.569
CHECK-UP	55.405	56.013	133.895	127.155	87.803
MEDICINALI	23.428	25.179	0	0	0
LENTI	26.527	31.836	37.890	41.338	49.303
DIARIA	2.450	5.400	23.600	38.000	25.600
ALTRE CAUSALI	0	0	0	2.003	900
TOTALE SINISTRI PAGATI	1.232.112	1.224.820	1.340.325	1.833.098	1.257.541
CONTRIBUTI VERSATI	1.149.740	1.179.715	1.295.522	1.292.000	1.357.755

* Dati aggiornati al 31.10.2020

** Dati aggiornati al 30.4.2021



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390

ALL. 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si considerano " Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito indicati:

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo:

Tutti.



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390

ALL.2 - CHECK - UP

A. DONNA CON ETA' INFERIORE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia
- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- FT3
- FT4
- TSH
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia tiroidea
- Ecografia mammaria
- Pap test
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale.

B. DONNA CON ETA' SUPERIORE O UGUALE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia
- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- FT3
- FT4
- TSH
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)

- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia tiroidea
- Ecografia mammaria
- Mammografia
- Pap test
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale
- MOC o Ecocardiogramma per donne oltre i 50 anni.

C. UOMO CON ETA' INFERIORE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia
- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- FT3
- FT4
- TSH
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali:

- Elettrocardiogramma
- Ecografia tiroidea
- Ecografia addominale completa
- Ecografia aorta addominale.

D. UOMO CON ETA' SUPERIORE O UGUALE A 40 ANNI

Esami di laboratorio:

- azotemia
- colesterolo totale
- colesterolo HDL
- colesterolo LDL
- creatinine mia



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



*Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per gli anni 2022-2024
CIG 8762112390*

- emocromo completo con formula leucocitaria
- glicemia
- gamma GT
- transaminasi GOT
- transaminasi GPT
- trigliceride mia
- Psa
- Psa free
- FT3
- FT4
- TSH
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Uricemia
- Esame completo urine
- Ricerca sangue occulto nelle feci

Esami strumentali e specialistici:

- Elettrocardiogramma e visita cardiologica
- Ecografia tiroidea
- Ecografia addominale completa
- Ecografia transrettale per uomini oltre i 45 anni.
- Ecografia aorta addominale
- RX torace proiezioni standard
- Ecocardiogramma per uomini oltre i 50 anni.