

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 71 del d. lgs. n. 36/2023, per
l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria a favore del personale
dell'Istituto

CAPITOLATO TECNICO

INDICE

| | |
|--|----|
| Premessa..... | 3 |
| SEZIONE I..... | 3 |
| DEFINIZIONI..... | 3 |
| SEZIONE II..... | 6 |
| CONDIZIONI GENERALI..... | 6 |
| Art. 1 Durata del Contratto | 6 |
| Art. 2 Soggetti Assistiti | 6 |
| Art. 3 Inclusione ed esclusione degli assistiti | 9 |
| Art. 4 Pagamento e regolazione del contributo | 10 |
| Art. 5 Obblighi dell'assistito in caso di sinistro | 11 |
| Art. 6 Obblighi della Cassa – Attività di supporto e assistenza | 11 |
| Art. 7 Obbligo della Cassa a fornire dati sull'andamento del rischio | 13 |
| SEZIONE III..... | 14 |
| CONDIZIONI DI ASSISTENZA..... | 14 |
| Art. 8 Oggetto dell'assistenza | 14 |
| Art. 9 Ricovero | 14 |
| Art. 10 Prestazioni di alta specializzazione | 15 |
| Art. 11 Prestazioni specialistiche e check-up | 16 |
| Art. 12 Prestazioni odontoiatriche | 17 |
| Art. 13 Cure oncologiche | 18 |
| Art. 14 Anticipo | 18 |
| Art. 15 Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza | 18 |
| SEZIONE IV..... | 20 |
| MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE..... | 20 |
| Art. 16 Assistenza diretta tramite Centri Convenzionati | 20 |
| Art. 17 Assistenza indiretta | 21 |
| Art. 18 Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'assistito | 21 |
| SEZIONE V..... | 22 |
| LIMITAZIONI..... | 22 |
| Art. 19 Estensione territoriale | 22 |
| Art. 20 Esclusioni | 22 |
| Art. 21 Limiti di età | 22 |
| ALLEGATO 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI..... | 23 |
| ALLEGATO 2 – CHECK-UP..... | 25 |
| ALLEGATO 3 – DATI STATISTICI..... | 28 |

Premessa

L'IVASS, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, è stato istituito il 1° gennaio 2013, con l'art. 13 del Decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, al fine 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 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 (imprese di assicurazione e riassicurazione e intermediari assicurativi e riassicurativi).

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.

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

SEZIONE I DEFINIZIONI

Nel testo del presente documento, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Anagrafica:** file digitale contenente il censimento dei soggetti assistiti.
- **Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** Periodo compreso tra le ore 00:00 del 01.01 e le ore 24:00 del 31.12 di ciascun anno in cui è operante la convenzione sanitaria.
- **Assistito:** chi è protetto dal Contratto relativo ai servizi oggetto dell'appalto.
- **Assistenza diretta:** La modalità di erogazione del servizio per la quale l'assistito riceve le prestazioni sanitarie presso il network della Cassa senza anticipare la spesa, ma delegando la Cassa al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.
- **Assistenza indiretta:** Il pagamento da parte della Cassa all'assistito avente diritto di quanto dovuto nei termini previsti dalle condizioni contrattuali, dietro presentazione delle relative fatture, notule, distinte e ricevute.
- **Assistenza infermieristica:** assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma infermieristico
- **Associato/Ente:** L'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (di seguito anche Istituto).
- **Cartella clinica:** insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di cura, contenete le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e scheda di dimissione ospedaliera (SDO). La lettera

di dimissioni o la SDO sostituiscono la Cartella clinica completa nei casi di Ricovero in SSN fino a 5 giorni di degenza e Day Hospital oncologico.

- **Cassa di Assistenza:** la Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
- **Centrale Operativa:** struttura individuata per:
 - fornire informazioni relative alle coperture assistenziali e al Network
 - autorizzare le prestazioni in assistenza diretta
- **Centri Convenzionati (network):** La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza.
- **Contributo:** La somma dovuta dall'Associato alla Cassa. Eventuali spese di adesione alla Cassa Sanitaria sono ricomprese nel contributo pattuito.
- **Day Hospital:** Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica; quest'ultima non è necessaria per i casi di Ricovero in regime di SSN. Non è Day Hospital la permanenza al pronto soccorso. Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di intervento ambulatoriale.
- **Data sinistro e Sinistro:**
 - **Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post).
Data Sinistro: data del Ricovero o, se non c'è stato Ricovero, dell'intervento chirurgico ambulatoriale
 - **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia
Data sinistro: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento
 - **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica
Data sinistro: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico Sinistro
 - **Cure oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica
Data sinistro: data della singola prestazione oncologica per lo specifico sinistro
- **Difetto Fisico:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- **Dipendente:** La persona fisica che intrattiene un rapporto di lavoro con IVASS.
- **Documentazione Medica:** Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici.
- **Documentazione di spesa:** Documentazione di spesa, comprese le notule e ricevute dei farmaci.
- **Franchigia:** La parte di danno che l'assistito tiene a suo carico. La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assistito. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.
- **Grandi Interventi:** Gli interventi elencati nell'apposito allegato del presente Capitolato.
- **Indennità Sostitutiva/Diaria:** L'importo giornaliero erogato dalla Cassa e per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio, del parto o

dell'aborto terapeutico; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

- **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:** Ospedale pubblico, Clinica o Istituto universitario, Casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
- **Malformazione:** Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale:** L'importo stabilito negli specifici articoli delle condizioni assistenziali del contratto che rappresenta la spesa massima che la Cassa si impegna a prestare nei confronti dell'Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Rette di degenza:** trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva
- **Ricovero:** La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, documentata da cartella clinica e da una SDO.
- **Rimborso:** somma di denaro erogata all'Assistito avente diritto in caso di Sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Contratto.
- **Rischio:** La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **Scoperto:** La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assistito.
- **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.
- **Visita specialistica – esami di laboratorio:** Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia o infortunio a carattere anche cruento e/o invasivo.

Se non diversamente specificato i termini temporali espressi nel presente documento sono tutti da intendersi come solari.

SEZIONE II

CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 Durata del Contratto

Il Contratto relativo all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria descritti nel presente Capitolato avrà validità di 12 mesi con decorrenza dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2027 e scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2027, ovvero a decorrere dalla diversa data di conclusione della procedura se successiva.

È facoltà dell'Istituto prorogare il contratto per una durata massima pari a 12 mesi, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del d.lgs. n.36/2023, ai prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto. L'Istituto si riserva la facoltà di richiedere tale prosecuzione con preavviso non inferiore a 150 giorni antecedenti la scadenza. La Cassa aggiudicataria dovrà, entro 30 giorni dalla richiesta, comunicare all'IVASS l'accettazione o il rifiuto della stessa (cfr. art. 3 dello Schema di Contratto).

Inoltre, resta comunque fermo l'obbligo per il contraente di assicurare l'Istituto, ai sensi dell'art. 120, comma 11 del Codice, una proroga di sei mesi rispetto alla naturale scadenza contrattuale, anche nel caso del mancato esercizio della facoltà di proroga indicata al comma 2, o della mancata accettazione da parte della Cassa, necessaria per assicurare la continuità delle coperture per il tempo occorrente all'espletamento di una nuova procedura di gara (cfr. art. 3 dello Schema di Contratto).

L'IVASS qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, può richiedere all'appaltatore l'esecuzione alle condizioni originariamente previste. In tal caso l'appaltatore non può fare valere il diritto alla risoluzione del contratto.

Nelle suddette ipotesi di proroga e di variazione delle prestazioni, la Cassa si impegna fin d'ora, a fronte del pagamento del relativo rateo di contributo, a prorogare il servizio alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in corso.

È fatta salva la clausola di revisione dei prezzi indicata al paragrafo 3.2 del Disciplinare di gara.

Art. 2 Soggetti Assistiti

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

a) Soggetti assistiti collettivamente dal Piano Sanitario

- il personale in servizio inquadrato nel profilo di Direttore, il Segretario Generale e i Consiglieri dell'IVASS, nominati ai sensi dell'art. 13, comma 13, del DL 95/2012, convertito con L.135/2012, nel periodo di esercizio delle funzioni (nel seguito assimilati ai Direttori in servizio);
- il personale in servizio inquadrato nel profilo di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa;
- il personale in quiescenza inquadrato nel profilo di Direttore;

- su richiesta delle suddette categorie di destinatari e dietro pagamento di specifica quota a carico dei titolari, pari al 15% del contributo dovuto dall'Istituto alla Cassa di assistenza sanitaria per la copertura del nucleo familiare a carico, il coniuge o parte di unione civile, 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 di cui all'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR) di cui al D.P.R. 917/1986 e s.m.i., ovvero all'assegno unico e universale per i figli a carico, di cui al D. Lgs. 230/2021 e s.m.i, e il convivente more uxorio (ovvero convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016 e s.m.i), che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma 2 del predetto art. 12 del TUIR; 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 articoli 9 (ricoveri) e 13 (cure oncologiche) sono estese, senza il pagamento di alcuna quota a carico dei titolari, al coniuge o parte di unione civile, del dipendente in servizio e del personale in quiescenza con profilo di Direttore, anche se non a carico, purché gli stessi siano conviventi, o al convivente "more uxorio" (ovvero convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016);
- il personale in quiescenza inquadrato nel profilo di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa, nei limiti e con le modalità indicate nel successivo articolo 15 e, sempre limitatamente alle prestazioni di cui al suddetto articolo 15, il coniuge o parte di unione civile, i figli ed altri familiari a carico dell'ex dipendente, intendendosi per tali quelli per i quali si ha diritto alle detrazioni per carichi di famiglia di cui all'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR) di cui al D.P.R. 917/1986 e s.m.i., ovvero all'assegno unico e universale per i figli a carico, di cui al D. Lgs. 230/2021 e s.m.i, e il convivente more uxorio (ovvero convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016 e s.m.i), che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma 2 del predetto art. 12 del TUIR;
- 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, ove usufruiscano dell'assistenza sanitaria alla data del decesso del titolare, 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 ovvero all'assegno unico e universale per i figli a carico, a norma della succitata normativa);
- 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 articoli 9 (ricoveri) e 13 (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.

b) Soggetti assistiti mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario

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 2027 con profilo di Direttore e del personale che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2027, 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 2027, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo:
 - A.1 Estensione delle coperture per il coniuge non a carico o parte di unione civile 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 all'art. 9 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 2027, ovvero che gode, a tale data, della copertura a carico dell'Istituto:
 - B.1 Estensione delle coperture di cui all'art. 15 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;
 - B.2 Estensione delle coperture di cui all'art. 15.2, lettera a (Ricoveri) a favore del coniuge convivente non a carico o parte di unione civile 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 all'art. 15 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 della suddetta Offerta, come meglio precisato nel Disciplinare di gara.

Di seguito si riportano, per ciascuna tipologia di estensione, i costi annuali pro-capite massimi ammessi ¹:

¹ Gli intestatari possono scegliere più di una tipologia di estensione nell'ambito di quelle previste per ciascuna categoria di personale.

| Rif. | Descrizione | Contributo Annuo 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 2027, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo | | |
| A.1 | estensione delle coperture per il coniuge non a carico o parte di unione civile 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 | € 3.700 |
| A.2 | estensione della copertura per ricoveri di cui all'art. 9 per i figli non a carico purché conviventi | € 1.100 |
| A.3 | estensione delle coperture per i figli conviventi non a carico con tutte quelle previste dal presente Capitolato. | € 2.700 |
| Estensioni per il personale inquadrato nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area operativa che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2027, ovvero che gode, a tale data, della copertura a carico dell'Istituto | | |
| B.1 | estensione delle coperture di cui all'art. 15 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 | € 4.000 |
| B.2 | estensione delle coperture di cui all'art. 15.2, lettera a (Ricoveri) a favore del coniuge convivente non a carico o parte di unione civile o del convivente more uxorio (con reddito superiore a quello previsto dall'art. 12 del D.P.R. 917/1986). | € 1.650 |
| 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 all'art. 15, per sé e per i familiari a carico, dopo il periodo di copertura a carico dell'Istituto. | € 3.300 |

Art. 3 Inclusione ed esclusione degli assistiti

A seguito della stipula del Contratto, l'Istituto fornirà l'elenco dei soli titolari, esclusi quindi i relativi nuclei familiari.

Entro 45 giorni dalla decorrenza della copertura, l'Istituto acquisirà l'elenco dei familiari aventi diritto e lo trasmetterà alla Compagnia. Per i familiari comunicati successivamente al termine di cui sopra la copertura avrà effetto dalle ore 00 del primo giorno del mese successivo rispetto a quello in cui viene effettuata la comunicazione.

A tal fine, il requisito di essere fiscalmente a carico è determinato, in riferimento al reddito percepito dai familiari del titolare nell'anno precedente a quello di adesione.

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

Le inclusioni di assistiti, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero contributo annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del contributo annuo.

La copertura sarà efficace dalle ore 00:00 della data dell'evento (es. assunzione, nascita, matrimonio) se la comunicazione avverrà entro 30 giorni dalla data dell'evento. Qualora la comunicazione sia posteriore la copertura decorrerà dalle ore 00:00 della data di effettiva comunicazione.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'anno, i limiti di assistenza sono riconosciuti per intero; l'eventuale contributo per i nuclei familiari a carico, ove l'inserimento sia avvenuto nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero contributo annuo; se avvenuto nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del contributo annuo.

In caso di perdita dei requisiti che danno diritto all'assistenza sanitaria (es. cessazione dal servizio senza diritto a pensione, divorzio) durante il periodo di esecuzione del contratto, l'assistenza stessa rimane comunque in vigore fino alla scadenza annuale.

I dipendenti, collocati a riposo con diritto a pensione con decorrenza durante il periodo di esecuzione del contratto, usufruiscono delle condizioni di assistenza previste per il personale in servizio fino alla fine dell'annualità per la quale è stato corrisposto il contributo.

Le inclusioni di assistiti ad adesione facoltativa sono così regolamentate:

1. Alla decorrenza del contratto, gli aventi diritto avranno a disposizione una finestra di ingresso di 30 giorni, durante la quale potranno effettuare l'adesione al piano sanitario per i propri familiari comunicando ad IVASS i nominativi relativi. Quest'ultimo avrà l'onere di trasmettere, tempestivamente, il dato alla Cassa. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto.
2. I nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno 30 giorni di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione dei propri familiari al Piano Sanitario comunicando ad IVASS i nominativi relativi. L'IVASS avrà l'onere di trasmettere, tempestivamente, il dato alla Cassa. La copertura avrà come effetto la data dell'adesione stessa. Il contributo verrà calcolato come segue:
 - per le adesioni nel primo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il contributo annuo;
 - per le adesioni nel secondo semestre dell'anno, dovrà essere corrisposto il 60% del contributo annuo.

Art. 4 Pagamento e regolazione del contributo

Si conviene che il contributo annuale iniziale dovuto alla Cassa di Assistenza Sanitaria per la presente copertura, verrà corrisposto dall'IVASS in un'unica soluzione entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta di pagamento da parte della Cassa stessa.

L'IVASS verserà il corrispettivo dovuto sulla base dei contributi pro-capite indicati nell'Offerta economica della Cassa moltiplicato per il numero effettivo dei titolari secondo lo schema dei contributi collettivi e a adesione.

Alla fine di ogni annualità la Cassa di Assistenza Sanitaria provvederà all'emissione dell'atto contabile relativo alla regolazione dei corrispettivi dovuti calcolata in base al numero degli assistiti e dei nuclei familiari inclusi in corso d'anno. L'IVASS si impegna a versare il contributo relativo alla regolazione entro 30 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

4.1 Contributi unitari e stima del numero di titolari

I contributi unitari annuali massimi relativi ai soggetti aventi diritto secondo quanto previsto dal presente Capitolato – che costituiscono la base di gara, sono i seguenti:

| Descrizione del servizio di assistenza sanitaria | Contributo unitario (in euro) | Stima titolari al 01/01/2027 |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| Contributo annuo a carico dell'IVASS per il personale in servizio, compreso il coniuge non a carico | 5.200,00 | 400 |
| Contributo annuo a carico dell'IVASS per il personale in quiescenza inquadrato nel profilo di Direttore, compreso il coniuge non a carico | 5.200,00 | 19 |
| Contributo annuo per il nucleo familiare fiscalmente a carico dei destinatari dell'assistenza sanitaria di cui ai punti precedenti (di cui l'85% a carico dell'IVASS) | 1.400,00 | 175 |
| Contributo annuo a carico dell'IVASS per il personale in quiescenza nel profilo di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa, compresi i familiari a carico | 2.575,00 | 39 |
| Contributo coniuge superstite direttori in quiescenza | 2.305,00 | 1 |

Art. 5 Obblighi dell'assistito in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'assistito deve presentare denuncia alla Cassa dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale, presentando la relativa documentazione. 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.

Art. 6 Obblighi della Cassa – Attività di supporto e assistenza

Le prestazioni descritte nel presente articolo 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) 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;
- 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 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 una Centrale Operativa, di cui potranno servirsi gli assistiti IVASS, per avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso o per risolvere eventuali problematiche inerenti all'utilizzo del portale.

Il servizio dovrà essere garantito almeno nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 e dovrà essere fruibile attraverso i seguenti canali:

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

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 della Centrale Operativa, 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.

c) 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.

d) 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:

- ricerca istituti di cura e medici specialistici;
- gestione appuntamento presso le strutture convenzionate usufruendo di un canale di accesso privilegiato e tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore;
- second opinion: l'Assistito, 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.

Art. 7 Obbligo della Cassa a fornire dati sull'andamento del rischio

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, come da schema allegato al presente capitolato, selezionando per ciascun sinistro una delle opzioni previste dal menu a tendina alla colonna "I" (categoria sinistro).

Nel corso dell'esecuzione del contratto potranno essere concordate tra l'Istituto e la Cassa eventuali modifiche e integrazioni dello stesso schema.

Il suddetto report dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà pervenire entro i 15 giorni solari successivi al termine di ogni trimestre.

Quanto sopra descritto non impedisce all'Istituto di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione. Le già menzionate statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

SEZIONE III

CONDIZIONI DI ASSISTENZA

Art. 8 Oggetto dell'assistenza

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.

Il servizio di assistenza sanitaria per il personale dell'Istituto copre le spese relative ai seguenti eventi:

- Malattia;
- Infortunio;
- Gravidanza;
- Parto.

Le condizioni di assistenza sono riportate nei paragrafi seguenti.

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

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 al 31 dicembre.

Art. 9 Ricovero

9.1 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'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

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

al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico o dall'evento che ha causato il ricovero stesso;

- 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 articolo 9.3
- 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).

9.2 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. 9.1 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 in virtù di altro contratto di assistenza/assicurazione³,

9.3 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.

Art. 10 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

³ Si precisa che non ostano al riconoscimento dell'indennità sostitutiva eventuali prestazioni pre e/o post ricovero rimaste a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

- 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 alcuno scoperto;
- in regime rimborsuale: viene applicato uno scoperto del 20%;
- I ticket relativi alle sopra citate prestazioni erogate dal SSN sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

Art. 11 Prestazioni specialistiche e check-up

11.1 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 sotto-limite del massimale annuo di cui alla premessa del presente paragrafo;⁴
- d) protesi ortopediche e acustiche;

⁴ Rientrano in tale sub-limite anche le spese per psicoterapia, eseguite da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione.

- e) lenti e occhiali, nei limiti del massimale di euro 300,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare, inteso quale sotto-limite 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:

- In caso di assistenza diretta: senza alcuno scoperto;
- In caso di assistenza indiretta: scoperto del 20% (escluso per lenti e occhiali che vengono rimborsate senza applicazione di scoperti/franchigie);
- I ticket relativi alle prestazioni erogate dal SSN sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

11.2 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.

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 tenuta 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.

Art. 12 Prestazioni odontoiatriche

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.

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% con il massimo di euro 300,00 per ciascuna prestazione;
- Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Art. 13 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.

Art. 14 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.

Art. 15 Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza

15.1 Destinatari

Gli ex-dipendenti (inquadrati nei profili di Specialista, Esperto e nell'Area operativa) cessati dal servizio con diritto a pensione 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, anche nei confronti del nucleo familiare.

15.2 Prestazioni

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

a) Prestazioni connesse a ricoveri

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'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 assistito è di 230.000 euro. Non sono previsti scoperti o franchigie.

b) Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)

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
- 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
- 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.

SEZIONE IV

MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle prestazioni può svolgersi con le seguenti modalità:

Art. 16 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
- almeno 50 strutture non abilitate al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi, ecc.)
- Per le sole cure odontoiatriche, deve essere posseduta una rete composta da almeno 20 strutture o professionisti nel territorio di Roma Capitale.

Inoltre, dovrà comprendere:

- almeno 5 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubblici e privati, situati nel territorio nazionale, ivi comprese eventuali sedi secondarie, 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 tutte le prestazioni che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network dovrà essere effettuata con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi. La Cassa si impegna a fornire l'esito dell'autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla data fissata per la prestazione. Si precisa che l'Assistito dovrà essere in possesso della prescrizione medica, con il relativo quesito diagnostico, entro la data di richiesta di presa in carico presso la struttura convenzionata prescelta, da presentare in occasione della data fissata per la prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

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. In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Cassa, la stessa si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Cassa, la prestazione verrà anticipata dall'assistito avente diritto e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

Art. 17 Assistenza indiretta

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute il titolare avente diritto deve presentare la relativa richiesta corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica:

- in caso di ricovero, copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra ricovero, con esclusione della medicina preventiva e delle prestazioni odontoiatriche, prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia in aggiunta alla documentazione di spesa quali copia delle ricevute, fatture e/o notule, debitamente quietanzate.

Art. 18 Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'assistito

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 dal 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.

SEZIONE V LIMITAZIONI

Art. 19 Estensione territoriale

La copertura vale in tutto il mondo.

Art. 20 Esclusioni

Rimangono escluse dal rimborso le spese per:

- a) 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;
- b) 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;
- c) malattie tubercolari in fase attiva assistibili dall'INPS;
- d) 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 *art. 2.3, Sezione III*;
- e) chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- f) agopuntura non effettuata da medico;
- g) infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti simili;
- h) in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione;
- i) le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.
- j) psicoterapia salvo che non sia eseguita da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione;
- k) psicoanalisi.

Art. 21 Limiti di età

Nessuno.

ALLEGATO 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 similari.

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

- 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.

ALLEGATO 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
- 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.

ALLEGATO 3 – DATI STATISTICI

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

TABELLA 1

In questa tabella si indicano, per ciascuna categoria, i dati relativi all'età media dei titolari assistiti, alla data del 1° gennaio 2026:

| Categoria | Numerosità | Età media |
|--|------------|-------------------|
| tutti i dipendenti in servizio | 357 | 51 anni 4 mesi |
| tutti i dipendenti in servizio maschi | 151 | 51 anni 4 mesi |
| tutti i dipendenti in servizio femmine | 206 | 51 anni 4 mesi |
| direttori in servizio | 37 | 57 anni 6 mesi |
| direttori in servizio maschi | 17 | 58 anni 0 mesi |
| direttori in servizio femmine | 20 | 57 anni 1 mese |
| altri dipendenti in servizio | 320 | 50 anni 8 mesi |
| altri dipendenti in servizio maschi | 134 | 50 anni 6 mesi |
| altri dipendenti in servizio femmine | 186 | 50 anni 9 mesi |
| direttori in quiescenza | 18 | 79 anni 0 mesi |
| direttori in quiescenza maschi | 13 | 80 anni e 2 mesi |
| direttori in quiescenza femmine | 5 | 75 anni e 10 mesi |
| altri dipendenti in quiescenza | 48 | 68 anni e 4 mesi |
| altri dipendenti in quiescenza maschi | 22 | 69 anni e 1 mese |
| altri dipendenti in quiescenza femmine | 26 | 67 anni e 9 mesi |

TABELLA 2

In questa tabella si indicano i dati relativi all'età media dei familiari assistiti, alla data del 1° gennaio 2026:⁵

| Familiari relativi al personale in servizio | | |
|---|------------|-----------|
| Categoria | Numerosità | Età media |

⁵ I dati potrebbero essere incompleti, tenuto conto che l'IVASS non dispone di un'anagrafica aggiornata dei familiari e coniugi assistiti.

| | | |
|--|-----|----------------|
| Coniugi e conviventi more uxorio a carico titolari | 15 | 57 anni 3 mesi |
| Coniugi e conviventi more uxorio non a carico titolari | 138 | 54 anni 6 mesi |
| Figli a carico | 251 | 15 anni 8 mesi |

TABELLA 2B

| Familiari relativi al personale in quiescenza | | |
|--|------------|----------------|
| Categoria | Numerosità | Età media |
| Coniugi e conviventi more uxorio a carico titolari | 8 | 67 anni 3 mesi |
| Coniugi e conviventi more uxorio non a carico titolari | 13 | 76 anni 1 mese |
| Figli a carico | 10 | 25 anni 2 mesi |

TABELLA 3

Nelle tabelle che seguono viene rappresentata l'evoluzione del totale dei contributi di competenza delle varie annualità, del numero dei titolari e del contributo annuo pro capite a carico dell'IVASS:

| PERIODO | CONTRIBUTI A CARICO ISTITUTO | CONTRIBUTI A CARICO ASSISTITI (ESTENSIONI FACOLTATIVE E QUOTA NUCLEO A CARICO) | TOTALE CONTRIBUTI |
|------------------------|------------------------------|--|---------------------------|
| ANNO 2023 ⁶ | 1.814.134,74 | 85.159,80 | 1.899.294,54 ⁷ |
| ANNO 2024 | 2.166.698,03 | 131.494,68 | 2.298.192,71 |
| ANNO 2025 | 2.126.281,98 | 140.866,64 | 2.267.148,62 |

TABELLA 3A

| Categorie | 2023 | Contributo annuale |
|-------------------------|------|--------------------|
| Dipendenti in servizio | 367 | 4.349,40 |
| Direttori in quiescenza | 21 | 4.349,40 |

⁶ Per l'anno 2023, non erano previsti contributi per il nucleo a carico.

⁷ I contributi effettivamente versati per il I semestre 2023, per espressa previsione del contratto vigente all'epoca con la Cassa sanitaria erogatrice del servizio, sono stati pari al 40% dei contributi annuali relativi al periodo 1.7.2022/30.6.2023. Per una migliore comparabilità dei dati, tali contributi relativi al I semestre 2023 sono stati riportati al 50% del contributo annuale dovuto per il 2023.

| | | |
|-------------------------------|----|----------|
| Altro personale in quiescenza | 51 | 1.739,76 |
|-------------------------------|----|----------|

TABELLA 3B

| Categorie | 2024 | 2025 | Contributo annuale |
|--|------|------|--------------------|
| Dipendenti in servizio | 375 | 363 | 4.748,15 |
| Nuclei a carico | 169 | 170 | 1.272,70 |
| Direttori in quiescenza | 20 | 19 | 4.748,15 |
| Altro personale in quiescenza | 48 | 54 | 2.349,60 |
| Coniuge Superstite Direttore in quiescenza | 1 | 1 | 2.137,00 |

DATI RELATIVI AI SINISTRI

Nel file xls. allegato alla documentazione di gara vengono riportati l'importo dei sinistri pagati, di quelli riservati e la relativa tipologia, nel corso delle annualità 2023, 2024, 2025 e del I trimestre 2026.