



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
CIG 71229658A9*

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

(CIG: 71229658A9)

CAPITOLATO TECNICO



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
CIG 71229658A9*

INDICE

1. Premessa	3
PARTE I: DESCRIZIONE DEL SERVIZIO	4
2. Oggetto dell'appalto	4
3. Oggetto e durata del contratto, periodi contrattuali e pagamento del corrispettivo	4
4. Tetto di gara	5
5. Elenco assistiti, decorrenza e cessazione del diritto alla copertura	6
6. Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall'Assistito	7
7. Assistenza diretta tramite Centri Convenzionati	7
8. Prestazioni accessorie	8
PARTE II: CONDIZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA	10
9. Destinatari	11
10. Prestazioni connesse a ricoveri	12
11. Prestazioni di alta specializzazione	13
12. Prestazioni specialistiche e check-up	14
13. Prestazioni odontoiatriche	14
14. Cure oncologiche	15
15. Anticipo	15
16. Prestazioni a favore degli specialisti, degli esperti e degli operativi in quiescenza	15
17. Estensioni facoltative	17
18. Prestazioni escluse	18
PARTE III: DATI STATISTICI	20
19. Dati persone aventi diritto	20
20. Dati economici e statistiche	20
PARTE IV: ALLEGATI	22
ALL.1 - Tracciato record per reportistica	23
ALL.2 - Grandi interventi chirurgici	24
ALL.3 - Check-up	27
ALL.4 - Condizioni di assistenza in vigore fino al 31.12.2017 - Direttori	30
ALL.5 - Condizioni di assistenza in vigore fino al 31.12.2017 - Non Direttori	35



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
CIG 71229658A9

1. Premessa

L'IVASS, Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, 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.

Tale volontà ha avuto principalmente l'obiettivo di realizzare 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.

All'IVASS è affidato l'esercizio di funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione e riassicurazione, italiane ed estere, che esercitano l'attività nel territorio della Repubblica italiana, dei gruppi assicurativi e dei conglomerati finanziari nei quali tali imprese sono incluse (c.d. vigilanza supplementare) nonché di tutti gli altri operatori del settore, quali gli intermediari assicurativi e riassicurativi (agenti, broker e loro collaboratori).

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 presso lo stabile di via dei Due Macelli 73 in Roma.

Il presente Capitolato tecnico è composto da 4 parti:

- parte I – Descrizione del servizio
- parte II – Condizioni di assistenza sanitaria
- parte III– Dati statistici
- parte IV– Allegati



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
CIG 71229658A9*

PARTE I: DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

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 in caso di malattia, parto e infortunio.

Il codice CIG attribuito alla procedura è il seguente: 71229658A9.

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici ed economici per l'affidamento dei servizi di assistenza sanitaria a favore del personale dell'IVASS 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, 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.

3. Oggetto e durata del contratto, periodi contrattuali e pagamento del corrispettivo

Il contratto relativo all'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria descritti nel presente Capitolato avrà validità di tre anni e sei mesi con decorrenza dalle ore 00.00 del 1° gennaio 2018 e termine alle ore 24:00 del 30 giugno 2021.

Il contratto è suddiviso nei seguenti periodi:

- 1° periodo: dal 1° gennaio 2018 al 31 dicembre 2018;
- 2° periodo: dal 1° gennaio 2019 al 31 dicembre 2019;



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
CIG 71229658A9*

- 3° periodo: dal 1° gennaio 2020 al 30 giugno 2021.

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.

Solo per il terzo periodo contrattuale, per il quale l'arco di riferimento è un periodo di 18 mesi dal 1° gennaio 2020 al 30 giugno 2021, i limiti o massimali annui indicati nel Capitolato devono essere moltiplicati per 1,5.

L'IVASS verserà i corrispettivi dovuti per ciascuno dei tre periodi sulla base dei contributi pro-capite indicati nell'Offerta economica della Cassa moltiplicato per il numero effettivo degli assistiti risultante dall'elenco di cui al paragrafo 5.

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

Limitatamente al terzo periodo contrattuale, il corrispettivo verrà erogato in due rate; la prima, all'inizio del periodo, che sarà pari a 2/3 dell'importo complessivo dovuto per il periodo stesso; la seconda, all'inizio dell'ultimo semestre, che sarà pari ad 1/3 del suddetto importo complessivo.

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

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

Eventuali spese di adesione alla Cassa si intendono comunque ricomprese nell'importo dei contributi associati 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. Tetto di gara

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: 3.550,00 euro;
- contributo per gli Specialisti, gli Esperti e gli Operativi in quiescenza: 800,00 euro.

Ciò considerato, per l'ultimo periodo contrattuale, i contributi massimi unitari sono pari ai suddetti importi moltiplicati per 1,5.

Il tetto di gara massimo presunto per l'intero periodo contrattuale (3 anni e 6 mesi) ammonta a euro 4.790.850,00 ed è stato così determinato:



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
CIG 71229658A9

Titolari	Numero	Contributo unitario massimo	Contributo complessivo massimo periodo contrattuale
Primo periodo contrattuale (12 mesi dal 1.1.2018 al 31.12.2018)			
Dipendenti in servizio	371	3.550,00	1.317.050,00
Direttori in quiescenza	16	3.550,00	56.800,00
Specialisti Esperti Operativi in quiescenza	5	800,00	4.000,00
TOTALE	392		1.377.850,00
Secondo periodo contrattuale (12 mesi dal 1.1.2019 al 31.12.2019)			
Dipendenti in servizio	369	3.550,00	1.309.950,00
Direttori in quiescenza	17	3.550,00	60.350,00
Specialisti Esperti Operativi in quiescenza	6	800,00	4.800,00
TOTALE	392		1.375.100,00
Terzo periodo contrattuale (18 mesi dal 1.1.2020 al 30.6.2021)			
Dipendenti in servizio	363	5.325,00	1.932.975,00
Direttori in quiescenza	17	5.325,00	90.525,00
Specialisti Esperti Operativi in quiescenza	12	1.200,00	14.400,00
TOTALE	392		2.037.900,00
TETTO DI GARA PER L'INTERA DURATA DEL CONTRATTO			4.790.850,00

Si precisa che il numero delle unità in quiescenza sopraindicato si riferisce al solo personale che si prevede sarà collocato a riposo per raggiunti limiti di età anagrafica e non comprende quindi eventuali pensionamenti anticipati, a seguito dei quali dovranno essere comunque erogate dalla Cassa le coperture per il personale in quiescenza previste dal presente Capitolato.

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

L'elenco degli assistiti, completo dei dati relativi al nucleo familiare, verrà fornito dall'Istituto all'atto della stipula del Contratto.

Gli aggiornamenti concernenti ogni variazione nell'elenco iniziale degli assistiti 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
CIG 71229658A9*

L'inclusione nell'assistenza decorre dalla data dell'evento (assunzione, nascita, matrimonio, acquisizione dei requisiti di convivenza e/o di reddito previsti dalle condizioni di assistenza) che ne fa sorgere il diritto.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso del periodo contrattuale, i limiti di assistenza sono riconosciuti per intero.

In caso di perdita dei requisiti che danno diritto all'assistenza (cessazione dal servizio senza diritto a pensione, divorzio, venir meno dei requisiti di convivenza e/o di reddito previsti dalle condizioni), l'assistenza sanitaria rimane comunque in vigore - alle stesse condizioni previste per il personale in servizio - fino alla fine del periodo contrattuale 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 ha avuto inizio il pensionamento. Per i soli dipendenti collocati a riposo dal 1° gennaio 2020 la copertura permane fino alla scadenza del Contratto.

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

Il termine per la presentazione della documentazione ai fini del rimborso è di 180 giorni da quello di fine malattia. In caso di decesso del dipendente, la documentazione deve essere presentata dagli eredi entro 180 giorni da quello 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, composta da almeno 10 strutture sanitarie presenti nel territorio di Roma Capitale, atte a garantire l'assistenza diretta per l'area ricoveri e per le altre prestazioni previste dal presente Capitolato.

Per le sole cure odontoiatriche, deve essere posseduta una rete composta da almeno 15 strutture o professionisti nel territorio di Roma Capitale.



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
CIG 71229658A9

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, nonché di gestire gli eventuali reclami da parte dell'Istituto e degli assistiti.

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;
- stato dell'assistito (in servizio o quiescenza);
- tipologia dell'assistito (titolare o familiare);
- data di accadimento dell'evento;
- data inserimento richiesta rimborso;
- identificativo del nucleo familiare di appartenenza;
- 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 obbligatoriamente essere fornito in formato .xls secondo il tracciato record riportato in allegato (all.1) e dovrà pervenire entro 6 mesi dal termine di



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
CIG 71229658A9

ciascun periodo contrattuale. Solo per l'ultimo periodo contrattuale, dovrà anche pervenire un report provvisorio entro il mese successivo al termine del periodo.

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. Ciò in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personali, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza, anche in considerazione della particolare tipologia di dati trattati (dati sulla salute).

Il portale web deve garantire, almeno:

- la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password etc.);
- la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese;
- 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.

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 i dipendenti 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:

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

Le funzionalità e le caratteristiche del portale web e dell'helpdesk dovranno essere descritte nell'Offerta tecnica e saranno oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto dal 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:

- informazioni sanitarie e ricerca istituti di cura;
- 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'assicurato, trasmettendo la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di



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
CIG 71229658A9

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
CIG 71229658A9*

PARTE II: CONDIZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA

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 nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa;
- il personale in quiescenza inquadrato nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa, nei limiti e con le modalità indicate nel paragrafo 16;
- 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 smi 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 10 e 14 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), con reddito superiore a quello previsto dal citato art.12 del D.P.R. 917/1986;

- 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 dell'ex dipendente, che non contragga nuovo matrimonio, nei limiti sopra descritti, nonché i figli dell'ex 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 richiamato art. 12 del D.P.R. 917/1986);
- 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 10 e 14, il coniuge dell'ex Direttore, che non contragga nuovo matrimonio, nonché i figli dell'ex Direttore che siano a carico del suddetto coniuge superstite.

¹ Si fa presente che fino al 30.6.2016 gli appartenenti a tale categoria erano denominati Dirigenti e che il cambio di denominazione non comporta alcun effetto in merito a quanto previsto dal presente Capitolato.



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
CIG 71229658A9

10. Prestazioni connesse a ricoveri

10.1 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 ed il materiale di intervento;
 - l'assistenza medica ed 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 ed 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 rieducativi, 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;
- 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 infermo) nel limite massimo complessivo per anno e per nucleo di 3.000,00 euro, inteso come sottolimito del massimale previsto dal paragrafo 10.3;
- 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).

10.2 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 paragrafo 10.1 punti a) e b), 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.

10.3 Massimali e scoperti



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
CIG 71229658A9*

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 2 al presente Capitolato, sia in assistenza diretta che in assistenza indiretta.

Per prestazioni connesse a ricoveri diversi da quelli indicati al 1° comma del presente paragrafo 10.3 si applica un massimale annuale per il nucleo familiare pari a 500.000,00 euro; 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.

11. Prestazioni di alta specializzazione

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

- 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

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.



12. Prestazioni specialistiche e check-up

A. Prestazioni specialistiche

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

- a) visite mediche generiche e specialistiche domiciliari o ambulatoriali, incluse le visite pediatriche ed escluse quelle odontoiatriche ed ortodontiche;
- 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 12 lettera A. 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.

B. Check-up

La Cassa garantisce la fruizione di un check-up diagnostico preventivo annuale, le cui prestazioni sono elencate nell'allegato 3 al 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 2018.

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.

13. Prestazioni odontoiatriche

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



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
CIG 71229658A9*

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.

14. 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 40.000,00 euro per anno assistenziale e per nucleo familiare.

15. 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 al paragrafo 10.3, secondo comma.

16. Prestazioni a favore degli specialisti, degli esperti e degli operativi in quiescenza

16.1. Destinatari

I dipendenti (inquadri nei profili di specialista, esperto e nell'area operativa), cessati dal servizio con diritto a pensione dal 1° gennaio 2018, per un periodo di tre anni decorrenti dall'inizio del primo periodo di copertura successivo alla data di cessazione. Hanno diritto altresì a tali prestazioni i dipendenti collocati in pensione nel 2017.

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.

16.2 Prestazioni

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

A. Prestazioni connesse a ricoveri

Ricoveri relativi a tutte le malattie tumorali e ai grandi interventi chirurgici, intendendosi per tali quelli indicati all'allegato 2 al presente capitolato:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici specialisti, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti



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
CIG 71229658A9*

il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi,.

Per l'insieme delle prestazioni di cui al punto A), il massimale assicurato per anno e per nucleo familiare è pari a 230.000,00 euro.

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 di alta specializzazione:

- 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)

Per le 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.



17. 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 2018 con profilo di Direttore e del personale che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2018, ovvero che gode, a tale data, della copertura assistenziale a carico dell'Istituto,

Tali estensioni potranno essere attivate secondo le modalità da concordare con l'Istituto stesso prima della stipula del contratto.

- A) per i dipendenti in servizio e per il personale in quiescenza con profilo di Direttore alla data del 1 gennaio 2018, 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 10, 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 2018, ovvero che gode, a tale data, della copertura a carico dell'Istituto:
 - B.1. estensione delle coperture di cui al par. 16 con tutte le altre coperture previste per i dipendenti in servizio, nell'ambito del massimale previsto per nucleo.
- C) per i dipendenti in quiescenza per i quali cesserà la copertura assistenziale nel periodo di vigenza del contratto:
 - C.1 estensione della copertura prevista di cui al par.16 dopo i tre anni a carico dell'Istituto. Si precisa che qualora il dipendente esca dalla copertura collettiva non potrà successivamente richiedere tale estensione.

I costi relativi alle estensioni facoltative a totale carico del dipendente o del pensionato 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:



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
CIG 71229658A9

RIF.	DESCRIZIONE	CONTRIBUTO ANNUALE PRO CAPITE MASSIMO A BASE DI GARA
Estensioni per dipendenti in servizio e per il personale in quiescenza con profilo di direttore alla data del 1 gennaio 2018		
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 capitolato, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo.	2.000,00
A.2	estensione della copertura per ricoveri di cui al paragrafo 10 del capitolato, per i figli non a carico purché conviventi, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo.	1.000,00
A.3	estensione delle coperture per i figli conviventi non a carico con tutte quelle previste dal capitolato, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo.	2.000,00
Estensione per il personale inquadrato nei profili di specialista ed esperto e nell'Area operativa che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2018, ovvero che gode, a tale data, della copertura a carico dell'Istituto		
B.1	estensione delle coperture con tutte le altre previste per i dipendenti in servizio	2.750,00
Estensione per i dipendenti in quiescenza per i quali cesserà la copertura assistenziale nel periodo di vigenza del contratto		
C.1	estensione della copertura prevista di cui al paragrafo 16 dopo i tre anni a carico dell'Istituto.	800,00

Il contributo massimo, per l'ultimo periodo contrattuale, è pari ai suddetti importi moltiplicati per 1,5.

18. 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 punto 10.3;
 - 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);



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
CIG 71229658A9

- 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.



PARTE III:DATI STATISTICI

Avvertenza: le condizioni di assistenza sanitaria in vigore fino al 31.12.2017 sono sensibilmente diverse per i Direttori rispetto a quelle del restante personale, pertanto i prospetti che seguono sono distinti per le suddette categorie.

Ad ogni buon fine, in allegato al presente Capitolato sono riportate le condizioni di assistenza in vigore fino al 31.12.2017 per le due collettività (all.4 e 5).

I dati sui sinistri relativi al 2016 sono aggiornati al 1° marzo 2017.

I dati anteriori al 2014 non sono pubblicati in quanto scarsamente significativi, essendo, tra l'altro, previste diverse condizioni di assistenza anche all'interno della collettività dei non Direttori.

Dal 1° gennaio 2018, le condizioni di assistenza saranno solo ed esclusivamente quelle descritte nella Parte II del presente Capitolato.

19. Dati persone aventi diritto

Nel prospetto seguente si indicano, per ciascuna categoria, i dati relativi all'età media degli assistiti e familiari aventi diritto, alla data del 1° gennaio 2018:

	Direttori in servizio	Direttori in quiescenza	Coniugi	Figli
Numero	22	16	21	26
Età media	55 anni	73 anni e 5 mesi	65 anni e 5 mesi	17 anni e 4 mesi

	Specialisti esperti operativi in servizio	Dipendenti in quiescenza	Coniugi	Figli
Numero	349	5	187	359
Età media	50 anni 3 mesi	66 anni 9 mesi	52 anni 4 mesi	18 anni 1 mese

20. Dati economici e statistiche

A- DIRETTORI

TAB. 1: in questa tabella viene rappresentata l'evoluzione del numero di assicurati (suddivisi tra quelli in servizio e quelli in quiescenza), e del contributo annuo pro capite a carico di IVASS, nel corso del periodo 2014 – 2016):

Anno	Direttori in servizio	Direttori in quiescenza	Contributo pro capite a carico dell'IVASS (valori in euro)
2014	30	13	6.660,00
2015	25	15	6.660,00
2016	23	16	5.800,00



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
CIG 71229658A9

TAB. 2: in questa tabella viene rappresentato l'andamento tecnico della copertura:

Anno	Importi rimborsati (valori in euro)	Andamento tecnico (tiene conto anche dei contributi versati dagli interessati a fronte dell'attivazione di coperture facoltative)
2014	326.202	1,139
2015	224.196	0,842
2016	178.913	0,734

TAB.3: in questa tabella vengono forniti dati di dettaglio sui sinistri:

DESCRIZIONE	2014		2015		2016	
	DIRETTA	INDIRETTA	DIRETTA	INDIRETTA	DIRETTA	INDIRETTA
RICOVERO	107.620,00	12.138,00	42.200,00		26.560,88	26.684,82
DAY HOSPITAL – INTERVENTI AMBULATORIALI	3.092,00	30.463,00	6.984,75	2.084,00	4.980,03	3.708,35
PARTO CESAREO				15.635,00		
VISITE E ACCERTAMENTI	7.351,00	87.632,00	8.281,00	72.041,00	5.710,90	46.498,40
LENTI/OCCHIALI		11.071,00		9.561,00		5.187,20
CURE E PROTESI DENTARIE		64.219,00		64.810,00		47.648,05
ALTRE CAUSALI		2.616,00		2.600,00	1.124,00	10.810,80
TOTALI	118.063,00	208.139,00	57.466,00	166.730,00	38.375,81	140.537,62

B- NON DIRETTORI

TAB. 4: in questa tabella viene rappresentata l'evoluzione del numero di assistiti (suddivisi tra quelli in servizio e quelli in quiescenza), e del contributo annuo pro capite a carico di IVASS, nel corso del periodo 2014 – 2016):

Anno	Dipendenti in servizio	Contributo pro capite a carico dell'IVASS (valori in euro)	Dipendenti in quiescenza	Contributo pro capite a carico dell'IVASS (valori in euro)
2014	332	2.985,00	8	530,00
2015	333	2.994,00	2	498,00
2016	348	2.575,00	1	500,00



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
CIG 71229658A9

TAB. 5: in questa tabella viene rappresentato l'andamento tecnico della copertura:

Anno	Importi Rimborsati (valori in euro)	Andamento tecnico (tiene conto anche dei contributi versati dagli interessati a fronte dell'attivazione di coperture facoltative)
2014	753.618	0,757
2015	1.288.900	1,255
2016	1.011.778	1,117

TAB. 6: in questa tabella vengono forniti dati di dettaglio sui sinistri:

DESCRIZIONE	2014	2015		2016*	
	DIRETTA E INDIRETTA	DIRETTA	INDIRETTA	DIRETTA	INDIRETTA
RICOVERO	296.189,00	496.419,56	104.990,87	302.436,60	117.277,97
DIAGNOSTICA/VISITE SPECIALISTICHE/ ALTRE COPERTURE	229.422,00	96.364,69	251.973,34	30.820,92	209.907,49
CURE DENTARIE	228.007,00		256.934,83		258.129,29
CHECK-UP		48.470,00	2.076,19	46.784,91	11.361,80
MEDICINALI			10.800,73		14.343,74
LENTI			20.869,94		20.715,01
TOTALI	753.618,00	641.254,25	647.645,90	380.042,43	631.735,30



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
CIG 71229658A9

PARTE IV:ALLEGATI

ALL.1 - Tracciato record per reportistica

Sesso	Tipologia assistito	Stato assistito	Data accadimento	Data inserimento richiesta rimborso	Tipologia evento	Tipologia garanzia	Tipologia assistenza	Importo liquidato o riservato	Data di liquidazione	Identificativo nucleo familiare	Note
	A - Titolare	A - Titolare in servizio			A - Infortunio	A- Prestazioni connesse a ricoveri	A- Diretta				
	B - Familiare	B- Titolare in quiescenza			B- Malattia	B- Parto naturale	B- Indiretta				
						C - Indennità sostitutiva					
						D-Prestazioni di alta specializzazione					
						E - Prestazioni specialistiche					
						F-Lenti e occhiali					
						G -Check-up					
						H -Prestazioni odontoiatriche					
						I- Cure oncologiche					
						L -Lenti					



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
CIG 71229658A9*

ALL.2- 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



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
CIG 71229658A9*

- 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.



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
CIG 71229658A9*

- 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
CIG 71229658A9*

ALL.3 - 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
- creatininemia
- 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)



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
CIG 71229658A9*

- 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
CIG 71229658A9*

- 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.



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
CIG 71229658A9*

ALL.4- Condizioni di assistenza in vigore fino al 31.12.2017 - Direttori

Art. 1

Destinatari

La Cassa eroga contributi economici a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto alle categorie di soggetti di seguito specificate, nei limiti di seguito indicati:

- i Direttori in servizio ed in pensione;
- i Consiglieri dell'IVASS, nominati ai sensi dell'art. 13, comma 13, del DL 95/2012, convertito con L.135/2012, purché stessi siano iscritti al Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'art. 63 della Legge 23.12.1978 n. 833;
- i Direttori durante i periodi di aspettativa previsti dal Regolamento per il trattamento giuridico ed economico e per gli otto mesi successivi alla risoluzione del rapporto di lavoro, elevati a 12 quando la risoluzione del rapporto di lavoro avvenga per superamento del periodo di malattia;
- ex Direttori i quali, al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, abbiano maturato una anzianità di servizio di almeno 5 anni (di cui non meno di 3 in qualità di direttore) alle dipendenze dell'IVASS e abbiano diritto a pensione del regime obbligatorio, con esclusione degli ex Direttori pensionati che abbiano in atto un rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi. Con riferimento a tale esclusione, se dal nuovo rapporto deriva il diritto ad un trattamento di malattia che si conserva anche dopo la risoluzione del rapporto stesso, il diritto all'assistenza viene definitivamente meno dal momento dell'instaurazione del rapporto; in caso diverso l'assistenza resta sospesa sin tanto che sussiste il nuovo rapporto di lavoro.;
- il coniuge a carico e gli altri familiari a carico del Direttore in servizio ed in pensione – intendendosi per tali quelli per i quali il Direttore 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 il convivente more uxorio, che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo del predetto articolo del Testo Unico delle Imposte sui Redditi e successive integrazioni e modificazioni. La convivenza more uxorio, che deve essere tale per cui possa considerarsi costituita una famiglia di fatto, va comprovata da documentazione ufficiale. Inoltre, il Direttore che chiede l'assistenza per il convivente deve annualmente rilasciare al datore di lavoro 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;²
- limitatamente alle coperture di cui ai successivi articoli 2, 3 e 7, il coniuge del Direttore (in servizio o in quiescenza), anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente;
- i figli del Direttore, anche se non a carico, purché gli stessi siano conviventi e non godano di un reddito annuo lordo, al 1° gennaio 2016, superiore a euro 43.675,00, sino al compimento del 21° anno di età o 26° anno di età se studenti. All'inizio di ciascun anno successivo, tale limite verrà automaticamente adeguato sulla base della variazione dell'indice ISTAT del costo della vita (indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati) verificatesi nel mese di dicembre dell'anno precedente rispetto allo stesso mese dei due anni precedenti. Ai fini dell'applicazione del limite di reddito si fa riferimento al reddito percepito dal figlio nell'anno precedente a quello in cui vengono richiesti i rimborsi;
- il convivente more uxorio del Direttore (in servizio o in quiescenza), sempreché non sussista, o non sussista più, vincolo matrimoniale, che abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 e successive integrazioni e modificazioni, limitatamente alle coperture di cui ai successivi articoli 2, 3 e 7 e per la sola durata della convivenza more uxorio. Per la dichiarazione dello stato di convivenza si rimanda a quanto sopra indicato;

²Si precisa che, fino al 2015, il coniuge del Direttore aveva diritto alla copertura totale sia nel caso fosse fiscalmente a carico, sia nel caso avesse un reddito annuo lordo non superiore ad un limite fissato (per l'anno 2015, euro 43.675,00), purché convivente. Dal 2016, è stato previsto che solo i coniugi fiscalmente a carico continuino a godere della copertura totale, mentre gli altri hanno diritto ad una copertura parziale.



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
CIG 71229658A9

- in caso di decesso del Direttore in servizio o dell'ex Direttore pensionato, continuano ad avere diritto all'assistenza sanitaria il coniuge del Direttore deceduto, che non contragga nuovo matrimonio, nei limiti sopra descritti, nonché i figli del Direttore medesimo che siano a carico del suddetto coniuge superstite (intendendosi per tale quelli per i quali il coniuge stesso ha diritto alle detrazioni di imposta a norma dell'art. 12 del D.P.R. 22 dicembre 1986 n. 917 e successive integrazioni e modificazioni) ovvero, anche se non a carico, fino al 26° anno di età se siano studenti. In mancanza del coniuge l'assistenza continua ad essere riconosciuta ai figli superstiti del Direttore che abbiano diritto a pensione indiretta o di reversibilità o fino al 26° anno di età se studenti. Resta fermo che i figli dovranno godere, individualmente, di un reddito non superiore a euro 43.675,00, per il 2016 (limite rivalutato annualmente come sopra indicato). Non entra a far parte del reddito l'importo della pensione di reversibilità.

Art. 2

Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti o case di cura

La Cassa rimborsa:

- a) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, gravidanza extra uterina, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
 - l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post intervento durante il ricovero;
 - 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);
 - accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, 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, cure termali (inclusa la retta alberghiera fino all'importo di euro 124,00 giornalieri), effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico.

- b) In caso di ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital che non comporti intervento chirurgico:
 - accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
 - 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);
 - 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, cure termali (inclusa la retta alberghiera fino all'importo di euro 124,00 giornalieri), effettuate nei 120 gg. successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'evento che ha causato il ricovero stesso.

- c) In caso di parto fisiologico:
 - 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, con il limite assistenziale di euro 1.778,00 annuo/nucleo;
 - rette di degenza fino all'importo di euro 358,00 giornalieri (escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali dell'assistito infermo).

- d) La Cassa rimborsa inoltre, le spese sostenute a fronte di:
 - compensi a squadre di soccorso per trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo (esclusa l'autovettura), immediatamente e strettamente necessario.

- e) Nei casi di ricovero in istituti di cura per i quali il direttore richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare, previa presentazione di un preventivo di spesa non inferiore ad euro 4.370,00, le spese sostenute a tale titolo integralmente, salvo conguaglio a cure ultimate.

Art. 3

Scoperto



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
CIG 71229658A9*

Al rimborso delle spese di cui alla precedente articolo 2, punti a) , b), c) e d), sia per i ricoveri effettuati in totale regime di convenzione diretta con la Cassa (sia struttura sanitaria che équipe medica), sia per i ricoveri effettuati non in convenzione diretta con la Cassa, non viene applicato alcun scoperto.

Art. 4

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 per i più rilevanti esami diagnostici e per le terapie più avanzate (tomografia assiale computerizzata, laserterapia, risonanza magnetica e simili).

Le prestazioni di cui al presente articolo, vengono accordate senza l'applicazione di alcuno scoperto.

Art. 5

Prestazioni specialistiche

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 "prestazioni specialistiche":

- a) visite mediche generiche e specialistiche, domiciliari o ambulatoriali;
- b) analisi ed esami diagnostici;
- c) terapie fisiche;
- d) protesi ortopediche ed apparecchi acustici;
- e) occhiali;
- f) cure termali;
- g) medicinali.

Le prestazioni di cui ai punti b), c), d) e f) sono rimborsabili solo dietro prescrizione medica.

Le prestazioni sopra elencate vengono accordate con uno scoperto del 20%, mentre quelle relative al punto g) vengono accordate con uno scoperto del 30%.

I tickets relativi alle visite specialistiche ed agli esami diagnostici sono rimborsabili senza applicazione di scoperto.

Art. 6

Cure dentarie

La Cassa rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche nel limite massimo annuo per il complesso delle prestazioni di euro 8.500,00 quando il numero delle persone costituenti il nucleo familiare che hanno titolo per l'assistenza è di 1, di euro 10.500,00 quando detto numero è di 2, di euro 12.000,00 quando detto numero è di 3 e di euro 14.000,00 quando detto numero è di oltre 3.

Le prestazioni sopra indicate vengono rimborsate con l'applicazione di un scoperto del 10%.

Nei casi di prestazioni odontoiatriche per le quali il direttore richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa provvederà a rimborsare, previa presentazione di un preventivo di spesa non inferiore ad euro 4.370,00, le spese sostenute a tale titolo integralmente, salvo conguaglio a cure ultimate.

Art. 7

Cure oncologiche

La Cassa rimborsa senza alcun limite, le spese sostenute per le terapie relative a malattie oncologiche.



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
CIG 71229658A9*

Art. 8

Indennità giornaliera "malattia grave"

La Cassa corrisponde un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia ed al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. L'indennità sarà pari a euro 105,00 giornalieri con il limite di sei mesi, e verrà erogata – previa dichiarazione del medico curante che attesti lo stato avanzato della patologia e la necessità dell'assistenza infermieristica – per le patologie di seguito riportate:

- Patologie oncologiche
- Infarto acuto del miocardio
- Insufficienza cardiaca III e IV classe NYHA
- Embolia polmonare
- Fibrosi cistica
- Pancreatite acuta
- Insufficienza epatica acuta
- Malattie demielinizzanti (ad esempio SLA, sclerosi multipla, atrofia muscolare progressiva atassie, fasie)
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Malattia dei prioni
- Ictus ischemico ed emorragico (esclusi gli attacchi ischemici transitori TIA)
- Ischemia arterie vertebrali
- Paralisi che determini paraplegia od emiplegia
- Diabete con neuropatia periferica associata a vasculopatia obliterante arti inferiori
- Crolli vertebrali multipli (maggiori di tre)
- Amputazione di almeno 1/3 di arto a seguito di malattia
- Ustioni di terzo grado interessanti almeno il 20% della superficie corporea
- Tutti i trapianti di organi.

Art. 9

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;
- 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;
- spese alberghiere per cure termali e idroponiche salvo quanto previsto all'art. 2, lettera a);
- 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.

Art. 10

Integrazioni facoltative a totale carico del Direttore

La Cassa inoltre prevede, nell'ambito del massimale previsto per il nucleo familiare del Direttore, i seguenti pacchetti di estensione facoltative, a totale carico del Direttore stesso, a favore:



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
CIG 71229658A9*

A. del coniuge non a carico fiscalmente, purché lo stesso sia convivente, e del convivente more uxorio che abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 e successive integrazioni e modificazioni:

- a) prestazioni di cui agli artt. 4 e 5;
- b) prestazioni di cui agli artt. 4, 5 e 6;
- c) prestazioni di cui agli artt. 4, 5 e 8;
- d) prestazioni di cui agli artt. 4, 5, 6 e 8;

B. dei figli, anche se non a carico, con età superiore ai 21 anni o ai 26 anni se studenti, purché gli stessi siano conviventi:

- a) prestazioni di cui agli artt. 2, 3 e 7;
- b) prestazioni di cui agli artt. 2, 3, 4, 5 e 7;
- c) prestazioni di cui agli artt. 2, 3, 4, 5, 6 e 7



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
CIG 71229658A9*

ALL.5- Condizioni di assistenza in vigore fino al 31.12.2017- Non Direttori

Art. 1

Destinatari

I destinatari delle presenti condizioni sono:

1. gli Specialisti, gli Esperti e il personale dell'Area Operativa in servizio (di seguito dipendenti);
2. I familiari a carico dei suddetti dipendenti, intendendosi per tali quelli per i quali il dipendente 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 il convivente more uxorio, che non abbia un reddito complessivo superiore al limite indicato al comma secondo del predetto articolo del Testo Unico delle Imposte sui Redditi e successive integrazioni e modificazioni. Le sole prestazioni di cui al punto 1), 2) 3) e 5) della lettera A) dell'art. 2 sono estese al coniuge del dipendente, anche se non a carico, purché lo stesso sia convivente, o al convivente "more uxorio" purché tale condizione sia comprovata da idonea documentazione ufficiale, con esclusione della garanzia parto.
3. Gli Specialisti in quiescenza, nei limiti e con le modalità indicate all'art. 4.

Art. 2

Prestazioni

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

A. RICOVERI DI MEDICINA O CHIRURGIA ED INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

1) Ricoveri per particolari "grandissimi interventi"

- cardiocirurgia;
- interventi per asportazione neoplasie maligne;
- interventi per malformazioni neonatali nel primo anno di vita.

2) Ricoveri per "grandi interventi", intendendosi per tali quelli indicati all'allegato 5A:

- rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o l'intervento;
- rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero - per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi. incluso il noleggio dei macchinari per la fisioterapia e dei supporti ortopedici.

3) Altri ricoveri per malattia ed infortunio, diversi da quelli di cui ai punti 1) e 2), compresi i ricoveri in regime di Day Hospital, ed interventi chirurgici ambulatoriali:

- rimborso delle spese relative al ricovero e/o all'eventuale intervento chirurgico (retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, spesa camera operatoria, assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni, esami, ecc.);
- in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, rimborso delle spese per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari ai medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 gg. precedenti il ricovero, nonché delle spese rese necessarie dall'intervento chirurgico - sostenute nei 120 gg. successivi al termine del ricovero per esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi incluso l'acquisto di piccoli supporti ortopedici o il noleggio di altri supporti o apparecchiature necessarie dalla patologia;

Per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1), 2) e 3) il massimale assicurato si intende senza limite.



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
CIG 71229658A9*

4) Parto

a) Parto normale:

- rimborso delle spese di degenza nel limite massimo di euro 330 giornalieri;
- rimborso di tutte le altre spese (onorario medico ostetrico, assistenza pediatrica, ostetrica) nel limite massimo di euro 2.300;

b) Parto cesareo e gravidanza extra-uterina:

- rimborso delle spese sostenute nelle stesse misure e con gli stessi limiti previsti per i ricoveri di chirurgia di cui al precedente punto 3).

5) 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, per infortunio, malattia o parto, previste dall'art. 2, lettera A), punti 1), 2), 3) e 4), ovvero non abbia per esso sostenuto alcuna spesa, avrà diritto ad una indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite annuo di 180 giorni. Le giornate di entrata e di uscita dall'istituto o casa di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

B. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Rimborso delle spese sostenute per prestazioni odontoiatriche entro i limiti previsti per ciascuna prestazione dall'allegato 5B, con il limite massimo, per anno assistenziale per il complesso delle prestazioni riferite al nucleo familiare, pari e euro 1.750, aumentato di euro 950 per ciascuno dei primi due carichi familiari e di euro 400 per ciascuno dei carichi familiari successivi.

In alternativa al trattamento di cui al periodo precedente, al dipendente che ne faccia esplicita richiesta all'atto della presentazione della prima nota di rimborso nell'anno, verranno rimborsate, entro i limiti massimi indicati al periodo precedente, le spese effettivamente sostenute con una franchigia assoluta del 20%.

C. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE

1) Rimborso al 90% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

- ECOGRAFIA
- TAC
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- DOPPLER
- DIAGNOSTICA RADIOLOGICA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- LASERTERAPIA
- TELECUORE
- DIALISI

2) Rimborso al 80% delle spese extraospedaliere sostenute e documentate per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche:

- AGOPUNTURA (PRESTATO DA MEDICO SPECIALISTA)
- ENDOSCOPIA
- MAMMOGRAFIA
- MINEROLOGIA OSSEA COMPUTERIZZATA
- UROGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- BILANCIO ORMONALE
- COLPOSCOPIA



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
CIG 71229658A9*

- ECOCARDIOGRAFIA
- LOGOPEDIA
- PAP TEST
- TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI
- ACQUISTO/NOLEGGIO DI APPARECCHI PROTESICI (escluso protesi dentarie e occhiali; per le lenti la copertura è prevista nei limiti e alle condizioni di cui al successivo punto E).

Il limite massimo, per l'insieme delle prestazioni di cui ai punti 1) e 2), è di euro 6.000 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

Nell'ambito del suindicato massimale e con il sottolimito annuo di euro 300 è previsto per il solo dipendente, alternativamente:

- in assistenza indiretta, il rimborso di un check-up diagnostico preventivo sulla base di una prescrizione medica che attesti il carattere preventivo del check-up (una o più prestazioni sanitarie prescritte a tale titolo);
- in assistenza diretta, presso un centro convenzionato la fruizione di un check-up diagnostico preventivo, le cui prestazioni sono riepilogate nell'allegato 5C.
Rimborso al 100% del ticket pagato per le prestazioni di cui ai punti 1) e 2) rese dal SSN.

- 3) Rimborso al 100% delle spese sostenute e documentate per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo di euro 17.500 per anno assistenziale e per nucleo familiare.

D. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Indipendentemente dal ricovero, e fino alla concorrenza del limite massimo di euro 2.000 per annuo assistenziale e per nucleo familiare, la Cassa rimborsa le spese sostenute dal dipendente per se e/o per i familiari aventi diritto all'assistenza per le seguenti prestazioni sanitarie, domiciliari e ambulatoriali, rese necessarie da malattia od infortunio:

- onorari medici per visite specialistiche, incluse le visite pediatriche, ed escluse comunque quelle odontoiatriche ed ortodontiche;
- accertamenti diagnostici (diversi da quelli di cui all'art. 2 lettera C punti 1) e 2);
- analisi ed esami diagnostici di laboratorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, nel limite di euro 1.000 per anno assistenziale e per nucleo familiare, inteso quale sottolimito del massimale di euro 2.000 di cui sopra, a seguito di infortunio e delle seguenti patologie: ictus, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatie;
- acquisto di medicinali con un sotto limite di euro 250 annuo/nucleo rispetto al massimale di 2.000 euro di cui sopra. La Cassa rimborsa le spese sostenute per medicinali, prodotti da banco, prodotti omeopatici e galenici purché prescritti dal medico curante, con l'esclusione di quelli relativi a fini estetici e dell'igiene personale. Relativamente ai prodotti non bene identificati, nella prescrizione fatta dal medico dovrà essere precisato che non sono a fine estetico e/o per l'igiene. A tale scopo l'interessato dovrà presentare congiuntamente:
 - ✓ la ricetta medica in originale o in copia riportante il nominativo dell'assicurato e la diagnosi;
 - ✓ lo scontrino farmaceutico fiscale con le indicazioni del nome del farmaco acquistato e, qualora il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente sul precedente, lo scontrino non fiscale. Se poi il dettaglio dei farmaci acquistati non fosse presente su alcuna tipologia di scontrino, sarà comunque valida l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

Per le prestazioni di cui alla presente lettera D), il rimborso delle spese è effettuato con l'applicazione di uno scoperto del 20%; se effettuato tramite SSN, il ticket pagato verrà rimborsato senza applicazione di scoperto o franchigia.

E. LENTI



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
CIG 71229658A9*

Nei limiti del massimale di euro 300 per anno assistenziale e per nucleo familiare, è previsto il rimborso delle lenti nei limiti di euro 100 per ciascuna lente; sono escluse dal rimborso 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 ottico optometrista che attesti la modifica del visus.

Art. 3
Prestazioni escluse

Sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a:

- malattie mentali in tutti i casi in cui esse diano luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge 23/12/1978 , 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 dal punto 3 lettera A dell'art. 2;
- psicoterapia non curata da medico specialista e psicoanalisi;
- chirurgia plastica a scopo estetico (salvo quella a scopo ricostruttivo);
- agopuntura non effettuata da medico;
- infortuni sofferti in stato di ubriachezza o sotto la influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- in caso di ricovero, le spese sostenute per l'uso del telefono, della radio e della televisione,
- in caso di prestazioni effettuate all'estero, le spese di viaggio e quelle sostenute dall'eventuale accompagnatore.

Art. 4
Estensione prestazioni agli specialisti in quiescenza

Le prestazioni di cui all'art. 2, lettera A) punti 1) e 2) - fino alla concorrenza del massimale per anno e per nucleo familiare di euro 230.000,00 - e lettera C) punto 3) - fino alla concorrenza del massimale ivi previsto - nonché quelle di diagnostica (angiografia, endoscopia, risonanza magnetica nucleare, scintigrafia, tac, telecuore, tomografia ad emissione di positroni) e le rilevanti terapie (dialisi e laserterapia) nel limite massimo per anno assistenziale e per nucleo familiare di euro 3.500,00 (con applicazione dello scoperto previsto per le singole voci alla lettera C) punti 1) e 2)) sono estese agli Specialisti cessati dal servizio che al momento della risoluzione del rapporto di lavoro, esclusi i casi di licenziamento per giusta causa e giustificato motivo soggettivo, abbiano maturato il diritto alla pensione del regime obbligatorio, ovvero qualora questo diritto maturi entro 12 mesi dalla data di cessazione, per un periodo massimo di due anni successivi la data di cessazione.

In caso di decesso dello Specialista la copertura assicurativa cessa anche nei confronti del nucleo familiare.

Art. 5
Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Cassa, su richiesta dell'interessato, verserà a tale titolo un importo entro il limite del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

Art. 6
Integrazioni facoltative a totale carico del dipendente

Sono previste le seguenti estensioni/integrazioni facoltative a totale carico del dipendente:



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
CIG 71229658A9

- a) estensione della copertura per ricovero con o senza intervento chirurgico ai figli non a carico, conviventi e con reddito fino a euro 28.000, nell'ambito del massimale previsto per nucleo;
- b) integrazione per i figli non a carico, conviventi, delle coperture sub a) con tutte le altre previste in polizza, nell'ambito del massimale previsto per nucleo;
- c) integrazione per il coniuge e convivente more uxorio con reddito annuo superiore a quello previsto al comma secondo dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22/12/1976, n. 917 - e successive integrazioni e modificazioni, delle coperture a carico dell'Istituto con tutte le altre previste in polizza, nell'ambito del massimale previsto per nucleo;
- d) estensione delle sole coperture, ora previste, a carico dell'IVASS, unicamente per gli Specialisti in quiescenza, anche ai dipendenti non Specialisti, per massimo un biennio dall'atto del pensionamento;
- e) integrazione delle coperture sub d) con tutte le altre coperture previste in polizza, per tutto il personale non inquadrato nel profilo di direttore dall'atto del pensionamento, per massimo un biennio.

Allegato 5A- Prestazioni per grandi interventi

Allegato 5B- Tariffario per l'assistenza odontoiatrica

Allegato 5C - Check-up diagnostico/preventivo in assistenza diretta presso centro convenzionato



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
CIG 71229658A9

ALLEGATO 5A

PRESTAZIONI PER GRANDI INTERVENTI

Per grandi interventi si intendono quelli per i quali la tariffa minima, approvata con D.P.R. 29.12.1965, numero 1763, prevede per il chirurgo operatore un onorario non inferiore a euro 41,32.

Sono, inoltre, comprese fra le prestazioni di cui sopra anche le seguenti, per le quali l'onorario del chirurgo operatore, previsto dalla tariffa minima approvata con decreto 1965 n. 1763, è inferiore a euro 41,32:

- cateterismo cardiaco dx e sin.;
- aortografia;
- cardioangiografia;
- pericardiotomia;
- tutta la chirurgia per la tbc, salvo il pneumotorace, toracosopia, l'aspirazione ed il drenaggio;
- toracotomia esplorativa;
- tumori bronchiali per via endoscopica;
- tumori maligni della sottomascellare;
- adenomi della tiroide;
- faringotomia ed esofagotomia;
- gastrotomia, gostrotonomia, enterotomia;
- trapanazione cranica con puntura ventricolare;
- angiografia cerebrale;
- pneumoencefalografia;
- colostomia per Megacolon;
- amputazione grandi segmenti (ortopedia);
- prelievo per trapianto (ortopedia);
- osteosintesi grandi segmenti;
- ricostruzione tetto cotiloideo.

Per interventi non indicati nella tariffa si farà riferimento ai casi analoghi o simili e per gravità di intervento.

ALLEGATO 5B

MASSIMALI DI RIMBORSO CURE ODONTOIATRICHE

ODONTOIATRIA	
DIAGNOSTICA	Importi in euro
Visita parere professionale in studio	23
Visita a domicilio del paziente - diurna:	40
- notturna:	51
RADIOGRAFIA	
Radiografia endorale	29



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
CIG 71229658A9

Radiografia extraorale	34
Scialografia	40
Arcata dentaria completa	122
ANESTESIA	
Anestesia locale plessica	23
Anestesia tronculare	29
CHIRURGIA	
Alveolite - emorragia postestrattiva (per seduta)	18
Avulsione dentaria o radice di dente semplice	40
Avulsione dentaria indaginoso	122
Avulsione di un dente in inclusione ossea	144
Piccoli interventi di chirurgia orale	34
Apicectomia (cura del canale a parte)	111
Intervento chirurgico preprotetico (per ogni arcata)	111
Biopsia	da 29 a 45
Implantologia, per ogni elemento impiantato (protesi esclusa)	551
CURE CONSERVATIVE	
Medicazione per carie superficiale	51
Devitalizzazione monoradicolare	84
Devitalizzazione pluriradicolare	106
Cura della gangrena pulpare (per seduta)	34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità semplice	34
Otturazione in cemento, ossifosfato di cavità combinata	40
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità semplice	73
Otturazione con silicato, amalgama o composito di cavità combinata	111
Cure elettromedicali (per seduta)	23
PROTESI FISSA	
Corona stampata in acciaio	62
Corona stampata in oro (metallo escluso)	177
Corona due tempi (metallo escluso)	166
Corona in resina	172
Corona in porcellana	254
Corona Dawis	183
Corona fusa (metallo escluso)	232
Corona Richmond (metallo escluso)	287



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
CIG 71229658A9*

Perno moncone	177
Corona 3/4 (metallo escluso)	122
Elemento di ponte fuso in acciaio	67
Elemento di ponte fuso in oro (metallo escluso)	155
Elemento di ponte fuso in acciaio e resina	100
Elemento di ponte in oro e resina (metallo escluso)	287
Elemento di ponte fuso in oro e porcellana (punte platino)	353
Elemento di ponte resina	177
Protesi di fissazione per elemento (metallo escluso)	232
Intarsio a perno	100
Corona estetica in oro e resina (metallo escluso)	287
Corona estetica in oro e porcellana (metallo escluso)	353
Corona in resina provvisoria	51
Rimozione di protesi (per corona)	34
Intarsi (metallo escluso)	210
PROTESI MOBILE	
Ganci filo (metallo escluso)	45
Ganci fusi (metallo escluso)	51
Apparecchio mobile in resina, formato da 1 elemento	84
Apparecchio mobile in resina, formato da 2 elementi	122
Apparecchio mobile in resina, formato da 3 elementi	177
Apparecchio mobile in resina, formato da più di tre elementi	84
Completo inferiore in resina	1.211
Completo superiore in resina	1.211
Completo superiore e inferiore in resina	2.311
Scheletrato (metallo a parte) superiore a 4 elementi	914
Scheletrato (metallo a parte) di 4 o inferiore a 4 elementi	683
Attacchi, ammortizzatori, cerniere, incastro, ecc. (metallo escluso)	177
Ribasatura diretta	122
Ribasatura indiretta	232
Riparazione semplice	84
Aggiunta di un elemento alle riparazioni (per elemento)	84
PARADENTOSI	
Ablazione tartaro e pulitura denti	100
Cura stomatite (per seduta)	29



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
CIG 71229658A9

Cura chirurgica delle malattie del parodenzio (per seduta)	34
Gengivectomia (per ogni gruppo di 4 denti)	100
ORTODONZIA INFANTILE	
Esame e studio su modelli	67
Trattamento ortodontico (compresi apparecchi fissi o rimovibili):	
- primo anno di cura	1.046
- ciascun anno successivo	1.046

ALLEGATO 5C

Check - up diagnostico - preventivo in assistenza diretta presso Centro convenzionato

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:



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
CIG 71229658A9*

- 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



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
CIG 71229658A9*

- 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 aorta addominale
- RX torace proiezioni standard
- Ecocardiogramma per uomini oltre i 50 anni.