

ALLEGATO 3  
CAPITOLATO TECNICO

PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA  
INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO IN  
SERVIZIO PRESSO LA CORTE DEI CONTI



IL PRESENTE CAPITOLATO TECNICO E' FORMATO DA N. 6 SEZIONI E PRECISAMENTE:

- ⇒ **SEZIONE A - PREMESSA**
- ⇒ **SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI**
- ⇒ **SEZIONE C - PERSONE ASSISTITE E LORO INCLUSIONE**
- ⇒ **SEZIONE D - OGGETTO E DELIMITAZIONI DEL SERVIZIO**
- ⇒ **SEZIONE E - NORME IN CASO DI SINISTRO E LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITA'**
- ⇒ **SEZIONE F - SERVIZI INCLUSI NELLA FORNITURA**

#### **SEZIONE A - PREMESSA**

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria integrativa a favore del personale amministrativo in servizio presso la Corte dei conti.

La Corte dei conti, di seguito indicata alternativamente come “Amministrazione”, ovvero “Amministrazione contraente”, stipulerà con il Fornitore un Contratto, in conformità anche alle condizioni di cui al presente Capitolato Tecnico, e ne assumerà, nei confronti dello stesso, l'intero onere economico.

I dati anagrafici degli assistiti verranno forniti dalla Corte dei conti su supporto informatico secondo le modalità previste al paragrafo C.1 - *Soggetti aventi diritto al servizio*.

#### **SEZIONE B - CONDIZIONI GENERALI**

##### **B. 1 DEFINIZIONI**

Nel corpo del presente Capitolato Tecnico, ivi compresi l'Elenco 1 - Gravi Malattie e l'Elenco 2 - Grandi Interventi Chirurgici, viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

<b>Per Amministrazione Contraente o anche solo Amministrazione</b>	Corte dei conti
<b>Per Assistito</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dal presente



	capitolato, come previsto dal paragrafo C.1 - Soggetti aventi diritto al servizio
<b>Per Fornitore</b>	L'aggiudicatario della gara, ovvero l'Impresa o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o il Consorzio che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato.
<b>Per Periodo di prestazione del servizio</b>	Dalle ore 00.00 del primo giorno di decorrenza del contratto fino alle ore 24.00 dell'ultimo giorno di validità dello stesso.
<b>Per Fondo</b>	Il soggetto, abilitato a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del contratto per il servizio di cui al presente capitolato, anche, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
<b>Per Corrispettivo</b>	L'importo dovuto dall'Amministrazione Contraente al Fornitore.
<b>Per Indennità / indennizzo</b>	La somma dovuta dal Fornitore in caso di sinistro.
<b>Per Sinistro</b>	Il verificarsi dell'evento dannoso
<b>Per Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
<b>Per Grave malattia</b>	Ogni malattia indicata nell'Elenco 1 - Gravi malattie
<b>Per Rischio</b>	La probabilità che si verifichi il sinistro
<b>Per Infortunio</b>	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: <ul style="list-style-type: none"><li>- l'asfissia non di origine morbosa;</li><li>- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;</li><li>- le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;</li><li>- l'annegamento;</li><li>- l'assideramento o il congelamento;</li><li>- i colpi di sole o di calore o di freddo;</li><li>- la folgorazione;</li><li>- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;</li><li>- quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi in deroga all'art. 1900 c.c.;</li><li>- quelli conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;</li><li>- quelli causati da ubriachezza purché non alla guida di veicoli e/o natanti;</li><li>- quelli derivanti da tumulti popolari, scioperi, sommosse, a condizione che l'Assistito non vi abbia preso parte attiva</li></ul>
<b>Per Intervento chirurgico</b>	Atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, fermo rimanendo quanto previsto al paragrafo D.1 punto B) Rimborsare le spese per accertamenti di "alta diagnostica"
<b>Per Grande intervento chirurgico</b>	Ogni intervento chirurgico indicato nell'Elenco 2 - Grandi interventi chirurgici
<b>Per Ricovero</b>	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
<b>Per Day hospital</b>	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di Cura
<b>Per Istituto di Cura</b>	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, (ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario), regolarmente autorizzata, in base ai



	requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche
<b>Per Centro convenzionato</b>	Istituto di Cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal Fornitore, come identificato al paragrafo D.4 - Centri Convenzionati
<b>Per Franchigia</b>	L'importo predeterminato in misura fissa, che, in caso di sinistro secondo modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito
<b>Per Scoperto</b>	L'importo espresso in valore percentuale che, in caso di sinistro secondo le modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito

#### ***B. 2 - Validità esclusiva delle norme dattiloscritte***

Si intendono valide ed efficaci solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dall'Amministrazione Contraente e/o Assistito su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del corrispettivo.

#### ***B. 3 - Interpretazione delle Clausole Contrattuali***

In caso di dubbia interpretazione delle clausole contrattuali prevarrà l'interpretazione estensiva e/o più favorevole all'Amministrazione Contraente/Assistito.

#### ***B. 4 - Forma delle comunicazioni tra l'Amministrazione Contraente ed il Fornitore***

Qualsiasi comunicazione dovrà essere effettuata tramite lettera raccomandata A/R e/o telefax e/o a mezzo corriere e/o altro mezzo che renda documentabile il ricevimento della comunicazione, come ad esempio la posta elettronica certificata, indirizzati al Fornitore. Le comunicazioni si intenderanno ricevute nel momento in cui perverranno all'indirizzo del destinatario (se effettuate mediante lettera raccomandata A/R. o a mezzo corriere) o alla data risultante dalla ricevuta di trasmissione dell'apparecchio (se effettuate tramite telefax).



Analoga procedura adotterà Il Fornitore nei confronti dell'Amministrazione Contraente e dell'Assistito.

Resta salvo quanto previsto dal paragrafo C.1 - *Soggetti aventi diritto al servizio* in merito alle comunicazioni ivi previste.

#### ***B. 5- Durata e decorrenza del servizio di assistenza sanitaria integrativa***

Il servizio di assistenza sanitaria integrativa avrà validità di 12 (dodici) mesi/1 (un) anno con decorrenza dalle ore 24.00 del 30.06.2013 alle ore 24.00 del 30.06.2014.

#### ***B.6 -Pagamento e Regolazione del corrispettivo***

L'Amministrazione Contraente verserà entro 30 giorni dalla decorrenza del servizio il corrispettivo annuo pari a €\_\_\_\_\_così come da offerta economica del Fornitore, sulla base del numero effettivo degli assistiti, compresi nell'elenco redatto a cura della Corte dei conti, come specificato al paragrafo C.1 *Soggetti aventi diritto al servizio* , con le modalità di seguito precisate.

Ai fini del pagamento del corrispettivo e del relativo conguaglio resta comunque inteso che nel caso di inclusioni

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno di durata del servizio, la stessa comporta la corresponsione dell'intero corrispettivo annuo;
- b) se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno di durata del servizio, verrà corrisposto il 60% (sessanta per cento) del corrispettivo annuo.

#### ***B.7 - Spese ed oneri fiscali***

Sono a carico del Fornitore tutte le spese di copia, stampa, registrazione ed altre inerenti al presente atto ed al Contratto di cui il presente capitolato fa parte integrante.

Per quanto riguarda le imposte, tasse ed altri oneri fiscali si applicano le disposizioni legislative in materia.

#### ***B.8 - Rinvio alle norme di legge***

Il servizio è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni del presente Capitolato Tecnico, valgono le norme di legge.



## SEZIONE C - PERSONE ASSISTITE E LORO INCLUSIONE

### **C.1 - Soggetti aventi diritto al servizio**

Il servizio è prestato in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assistiti:

- a) personale amministrativo di ruolo della Corte dei conti ed in servizio presso la stessa Corte dei conti;
- b) personale amministrativo comandato presso la Corte dei conti da Altre Amministrazioni ed in servizio presso la Corte dei conti;

Si prende atto che il servizio deve intendersi valido per il personale amministrativo, come indicato ai punti a) e b) di cui sopra, con una età non superiore ai 68 anni. Nel caso di compimento di detta età durante la vigenza del contratto, questo cessa automaticamente alla scadenza del contratto.

L'elenco degli assistiti verrà fornito dalla Corte dei conti su supporto informatico all'atto della stipula del Contratto, fermo restando quanto previsto al punto C.2 - *Inclusione degli assistiti*.

Gli aggiornamenti, concernenti ogni variazione degli assistiti che dovesse verificarsi nel corso del periodo di validità del servizio, saranno, ai fini della decorrenza del servizio, tempestivamente comunicati dall'Amministrazione Contraente e l'assistito potrà usufruire del servizio dalle ore 24.00 del giorno in cui la predetta comunicazione verrà inviata all'Aggiudicatario (tramite fax o e-mail).

### **C.2 - Inclusione degli assistiti**

L'Amministrazione comunicherà all'atto della stipula del Contratto l'elenco del personale amministrativo in servizio presso la stessa Amministrazione.

Quest'ultima potrà, nel corso di vigenza del contratto, includere solo ed esclusivamente il nuovo personale amministrativo che prende servizio presso la Corte dei conti nel corso dell'anno ed escludere il personale amministrativo non più in servizio; il nuovo assistito potrà usufruire del servizio dalle ore 24.00 del giorno in cui



l'Amministrazione contraente invierà la comunicazione al Fornitore di inclusione tramite fax o e-mail.

Nel caso di esclusioni di assistiti, nel corso di vigenza del contratto, , l'avvenuta estinzione verrà tempestivamente comunicata dall'Amministrazione al Fornitore e il servizio cesserà a far data dalla comunicazione.





## SEZIONE D - OGGETTO E DELIMITAZIONI DEL SERVIZIO

### D.1 - Estensioni territoriali

Il servizio è operante nel mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

### D.2 - Oggetto dei servizi di assistenza sanitaria integrativa

I servizi di assistenza sanitaria integrativa richiesti si intendono operanti per:

#### A) Rimborso delle spese ospedaliere

Il Fornitore rimborsa le spese sostenute fino alla concorrenza del massimale di € 120.000,00 per ogni Assistito e per ogni periodo di prestazione del servizio, raddoppiabile in caso di Grande Intervento Chirurgico o di Grave malattia, in caso di ricovero - con o senza intervento chirurgico - in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (*day hospital*), o d'intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, come di seguito specificato:

- a) per gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza (con il limite di € 300,00 *pro-die*) e gli onorari dei medici e delle *equipe* chirurgiche, i diritti di sala operatoria per il materiale d'intervento (ivi compresi le endoprotesi applicate durante l'intervento stesso);
- b) per gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei 120 (centoventi) giorni che precedono il ricovero, o l'intervento ambulatoriale, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- c) per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale medico autorizzato e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) sostenute nei 120 (centoventi) giorni successivi a quello di cessazione del ricovero o dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- d) in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto, entro il limite del massimale;
- e) le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore, fino ad un massimo di € 60,00 giornalieri e per non più di 200 giorni per ogni periodo di prestazione del servizio;
- f) in caso di ricovero in Italia, le spese di trasporto con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato dall'istituto di cura e, da un luogo di cura all'altro, entro



il limite di € 2.000,00 per ogni periodo di prestazione del servizio; in caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, invece, verranno rimborsate le spese di trasporto effettuato con qualsiasi mezzo pubblico, purché di linea, sempre entro il limite di cui sopra, limitatamente al viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero;

g) in caso di parto:

- non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di € 2.500,00 per ogni periodo di prestazione del servizio, con limite per retta di degenza di € 100,00 *pro-die*;
- cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di € 5.000,00 per ogni periodo di prestazione del servizio, con limite per retta di degenza di € 100,00 *pro-die*;

**Franchigia assoluta**

Resta convenuto che Il Fornitore, ad ogni evento di cui alle prestazioni previste ai punti a), b), c) di cui sopra, dopo aver effettuato il calcolo di quanto dovuto sulla base delle disposizioni (eventuali limiti e scoperti) previste dalla presente capitolato, provvede al relativo pagamento dietro deduzione di una franchigia di € 1.000,00, e ciò anche in caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni sopra descritte possono essere sostituite, a scelta dell'Assistito, dalla corresponsione di un'indennità giornaliera di € 60,00 escluso il *day hospital*, per un massimo di 200 giorni per ogni periodo di prestazione del servizio. Il giorno del ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione, come giorno unico.

**Malattia oncologica**

Oltre a quanto sopra previsto, il Fornitore rimborserà entro il limite di € 6.000,00 per evento:

- a) le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- b) in presenza di ricovero, le spese per visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei due anni successivi alla data di cessazione del primo ricovero relativo alla malattia stessa;
- c) in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 (sessanta) giorni successivi alla data di dimissione.

Questo massimale viene prestato senza applicazione di scoperti e/o franchigie.

**B) Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”**



Il Fornitore rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di € 3.000,00 per ogni periodo di prestazione del servizio, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio, con uno scoperto del 20% a carico dell'Assistito con il minimo di € 100,00 per le seguenti prestazioni:

- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- ECOTOMOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- FLEBOGRAFIA
- ESAME HOLTER
- ECODOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO ED A SFORZO
- ECOGRAFIA INTRA VASCOLARE
- ECOGRAFIA TRAS-ESOFAGEA
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- CORONOGRAMMA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- ISTEROSALPINOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DELL'APPARATO DIGERENTE ED UROLOGICO
- DENSINTOMETRIA OSSEA
- RADIONENFOGRAMMA
- ESAMI ISTOPATOLOGICI.

Nel caso le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, anche in regime di *intramoenia*, se trattasi di esami diagnostici, l'eventuale *ticket* verrà rimborsato al 100% (cento per cento) senza applicazione di alcun scoperto o franchigia.

### **C) PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE**



Il Fornitore rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche per ogni periodo di prestazione del servizio di € 1.300,00 per Assistito.

Le spese sostenute vengono rimborsate senza applicazione di franchigie o scoperti.

#### **D) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

Il Fornitore rimborsa le spese sostenute dall'Assistito per protesi e cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso che attesti la data/motivo dell'infortunio e le cure necessarie (ricevute a seguito di infortunio), fino alla concorrenza annua, per ogni periodo di prestazione del servizio, di € 1.500,00 per le prestazioni effettuate mediante utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale o mediante l'utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati con il Fornitore.

Con riferimento, invece, alle prestazioni effettuate presso strutture sanitarie o medici non convenzionati il predetto massimale deve intendersi ridotto ad € 1.400,00.

#### **E) ESAMI FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE**

Il Fornitore rimborsa, fino all'importo massimo di € 500,00 per ogni periodo di prestazione del servizio, il pagamento delle seguenti prestazioni effettuate **una sola volta** in strutture sanitarie convenzionate:

Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale PTT, Tempo di protrombina (PT), VES, Urine.

##### **Per gli uomini:**

Elettrocardiogramma da sforzo

##### **Per le donne:**

Ecodoppler arti inferiori

##### **Oltre i 40 anni di età:**

Per gli uomini: PSA (specifico antigene prostatico)

Per le donne: Mammografia e Pap test



Sia per gli uomini che per le donne: Epiluminescenza

**Oltre i 50 anni di età:**

Sia per gli uomini che per le donne: Colonscopia.

### **D.3 - Termini di aspettativa e decorrenza delle prestazioni**

Come previsto al paragrafo B.5 - *Durata e decorrenza del servizio di assistenza sanitaria integrativa*, il servizio ha durata annuale e decorrenza dalle ore 24.00 del 30.06.2013 alle ore 24.00 del 30.06.2014.

Qualora, in caso di:

- risoluzione del Contratto
- scadenza del Contratto

il ricovero e/o un evento, che comporti la validità del servizio, non si siano ancora esauriti nella loro temporalità alla data di cessazione del servizio, Il Fornitore liquiderà comunque quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine del ricovero e/o dell'evento.

### **D.4 - Centri Convenzionati**

Il Fornitore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati nella quale gli Assistiti possono ricoverarsi.

Il servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati è valida solo per i ricoveri.

Il Fornitore dovrà rendere disponibile alla data di stipula del Contratto:

- una rete convenzionata, presente nel territorio di Roma e Provincia, di strutture atte a garantire la prenotazione diretta delle prestazioni oggetto del servizio di cui al presente Capitolato Tecnico pari ad almeno 20 strutture per ricoveri;
- una rete convenzionata, presente nel territorio nazionale (esclusa Roma e Provincia), di strutture atte a garantire la prenotazione diretta delle prestazioni oggetto della copertura di cui al Capitolato Tecnico pari ad almeno 100 strutture per ricoveri, di cui almeno 1 per capoluogo di regione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie eventualmente



previste e delle spese per servizi non previsti e fermo restando quanto disciplinato al punto 4 del paragrafo E.2.1 - *Modalità di pagamento e rimborso di cui al punto A) Rimborso delle spese ospedaliere della sezione D.2 - Oggetto del servizio.*

#### **D.5 - Limiti delle prestazioni**

Sono esclusi dal servizio i rimborsi per:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- c) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- d) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- e) le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- f) le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- g) l'agopuntura non effettuata da medico;
- h) l'aborto volontario;
- i) le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le periodontopatie, salvo che conseguenti a infortunio;
- j) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal paragrafo D.2 - *Oggetto del servizio*;
- l) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assistito;
- n) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni. Le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assistito risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.



## **SEZIONE E - NORME IN CASO DI SINISTRO E RIMBORSO DELLE INDENNITA'**

### **E.1 - Obblighi relativi alla denuncia dei sinistri**

In caso di ricovero in Istituto di cura convenzionato, l'Assistito dovrà prendere contatto direttamente con l'Istituto di Cura o con la centrale operativa comunicata dal Fornitore.

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di utilizzo di equipe mediche non convenzionate, dovrà essere presentata denuncia scritta al Fornitore entro 30 (trenta) giorni dalla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

In tutti gli altri casi, l'Assistito deve presentare, entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi del sinistro, denuncia scritta al Fornitore.

L'Assistito dovrà sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dal Fornitore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa.

### **E.2 - Modalità di pagamento e di rimborso delle indennità**

Il Fornitore provvede al pagamento di quanto dovuto, in funzione delle varie tipologie delle prestazioni, come sotto descritto con la condizione che, nel corso del periodo di prestazione del servizio, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite non potrà superare i limiti di indennizzo per i servizi previsti nel presente Capitolato Tecnico.

#### **E.2.1 Modalità di pagamento e rimborso di cui al punto A) Rimborso delle spese ospedaliere della sezione D.2 - Oggetto del servizio**

##### **1. Ricoveri in istituti di Cura convenzionati**

###### **a) Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con equipe medica convenzionata**

In caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, con o senza intervento chirurgico, e sempreché l'intervento chirurgico sia eseguito da equipe operatoria altrettanto convenzionata, il Fornitore provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini del presente Capitolato Tecnico.



**b) Ricoveri in Istituti di Cura convenzionati con equipe medica non convenzionata**

In caso di ricovero presso un Istituto di Cura convenzionato, con intervento chirurgico che comporti l'assistenza di un'equipe operatoria non convenzionata, Il Fornitore provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborserà all'Assistito, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe operatoria non convenzionata. In questo caso, Il Fornitore applicherà uno scoperto pari al 20% ferma la franchigia minima di € 1.000,00.

**2. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati**

In caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato, l'Assistito dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero; il Fornitore rimborserà all'Assistito, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini del presente capitolato. In questo caso, il Fornitore applicherà uno scoperto pari al 20% ferma la franchigia minima di € 1.000,00.

**3. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale**

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il Fornitore rimborserà integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell'Assistito secondo quanto disciplinato nel presente Capitolato Tecnico.

**4. Spese precedenti e successive al ricovero**

Per le spese precedenti e successive al ricovero, con o senza intervento chirurgico, o all'intervento chirurgico ambulatoriale, previste dal presente capitolato, l'Assistito dovrà provvedere personalmente al loro pagamento; il Fornitore rimborserà all'Assistito, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute.

**E.2.2 - Modalità di pagamento e rimborso di cui al punto B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica" della sezione D.2 - Oggetto del servizio**

Il pagamento delle spese viene effettuato:

- a) nel caso di ricovero con le stesse modalità di cui al paragrafo E.2.1 Modalità di pagamento e rimborso di cui al punto A) Rimborso delle spese ospedaliere della sezione D.2 - Oggetto del servizio;





- b) altrimenti, con quanto previsto al punto E.2.3 - Pagamenti effettuati direttamente dall'Assistito.

### **E.2.3 - Pagamenti effettuati direttamente dall'Assistito**

Qualora il Fornitore non effettui direttamente il pagamento di quanto dovuto all'Assistito, a termini del presente capitolato, ma su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 60 (sessanta) giorni solari dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorrerà solo dal momento della presentazione della documentazione completa.

Il predetto rimborso potrà avvenire:

- a) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare e comunicato dall'Amministrazione all'atto della trasmissione dei dati anagrafici del soggetto stesso ai fini dell'inclusione nel servizio;
- b) o tramite assegno circolare intestato all'Assistito.

Il Fornitore restituisce i predetti originali, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'indennità.

Qualora l'Assistito abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, il Fornitore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

### **E.3 Controversie - arbitrato irrituale**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuta l'indennità, a norma e nei limiti delle condizioni previste nel capitolato/contratto, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d'ora, a



qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

#### **E.4 Foro Competente**

In caso di controversie il foro competente è, in via esclusiva, quello di Roma.



## SEZIONE F - SERVIZI INCLUSI NELLA FORNITURA

I servizi descritti nella presente sezione sono collegati ed accessori ai servizi di assistenza sanitaria integrativa e quindi sono prestati dal Fornitore unitamente ai servizi medesimi.

Il corrispettivo di tali servizi è compreso nel compenso per servizi di assistenza sanitaria integrativa.

### F.1 - Reportistica dei sinistri

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i 15 giorni solari successivi al termine del semestre, il Fornitore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del servizio. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel o access tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- indicazione di età e sesso dell'Assistito
- numero di sinistro/pratica attribuito/a dal Fornitore
- data di accadimento dell'evento
- data della denuncia
- tipologia evento specificando se si tratta di Infortunio o Malattia
- tipologia della garanzia distinta in:
  - a) Rimborso spese di ricovero;
  - b) Rimborso per spese ed accertamenti di alta diagnostica;
  - c) Protesi ortopediche ed acustiche;
  - d) Cure dentarie da infortunio;
  - e) Esami finalizzati alla prevenzione.
- tipologia di rimborso, se rimborso diretto o indiretto
- indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati
  - a) sinistro agli atti, senza seguito;
  - b) sinistro liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;
  - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € \_\_\_\_\_;
  - d) sinistro/pratica n. \_\_\_\_\_ pagato su riserva anno \_\_\_\_\_
    - con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_
    - importo della precedente riserva € \_\_\_\_\_



- importo della differenza liquidazione/riserva: +/- € \_\_\_\_\_

Resta inteso che tutti i dati, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente da Fornitore sia su supporto ottico/magnetico sia in formato cartaceo.

### ***F.2 - Responsabile del Servizio***

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

Il suo compito sarà quello di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività del Fornitore a partire dal momento di sottoscrizione del Contratto fino alla gestione degli eventuali reclami da parte dell'Amministrazione.

Egli avrà inoltre anche il compito di monitorare l'andamento del livello di servizio nell'arco del periodo di validità del Contratto e dovrà essere in grado di porre in atto tutte le azioni necessarie per garantire il rispetto delle prestazioni richieste.

### ***F.3 - Informativa dedicata al servizio***

Il Fornitore si obbliga a produrre entro 15 giorni solari dalla data di stipula del Contratto un documento illustrativo sintetico delle modalità di utilizzo delle coperture assicurative conformi alle condizioni previste al presente Capitolato Tecnico. Tale documento dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni dei servizi, specificando i limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando, eventualmente modulo predisposto per la richiesta di rimborso);

e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

Il Fornitore deve mettere, inoltre, a disposizione dell'Amministrazione e degli Assistiti, per tutta la durata del Contratto, un numero telefonico ed uno di fax gratuiti dedicati al servizio, che funzionino da centro di ricezione e gestione delle chiamate relative alle richieste di informazioni. L'orario di ricezione delle chiamate sarà per tutti i giorni dell'anno (esclusi sabato, domenica e festivi) dalle ore 9:00 alle ore 17:00.

All'atto della stipula del Contratto, il Fornitore dovrà rendere noti i recapiti sopra indicati.



#### ***F.4 Centrale Operativa- Servizi di consulenza ed assistenza tramite Centrale operativa***

I seguenti servizi di consulenza dovranno venir forniti da una Centrale Operativa, chiamando dal lunedì al venerdì in una fascia oraria compresa almeno tra le ore 9:00 e le ore 17:00; la Centrale Operativa dovrà fornire almeno:

##### ***a) Prenotazione di prestazioni sanitarie***

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie previste dal presente capitolato tecnico nella forma di assistenza diretta nelle strutture convenzionate con il Fornitore. La Centrale Operativa potrà essere contattata per ottenere suggerimenti per la scelta della struttura sanitaria più idonea alla fruizione di specifiche prestazioni di cui necessita l'Assistito.

##### ***b) Contatto telefonico di primo soccorso***

Qualora in conseguenza di infortunio o malattia l'Assistito necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni ed i consigli richiesti.

Il medico di guardia del Fornitore, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assistito o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

1. consigli medici di carattere generale (a titolo di esempio: su interventi di primo soccorso e/o sulle modalità di assunzione di farmaci);
2. informazioni riguardanti:
  - il reperimento dei mezzi di soccorso (ambulanza, medico, ecc....);
  - la reperibilità di medici generici e specialisti.

Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assistito in condizione di ottenere quanto necessario.



## Elenco 1- GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
CORONAROPATIA	Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie q coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)	Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.
MALATTIA ONCOLOGICA	Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.



## **Elenco 2 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

### **COLLO**

Gozzo retrosternale con mediastinotomia.

### **ESOFAGO**

Interventi con esofagoplastica.

Gastroectomia totale.

Gastroectomia allargata.

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria.

Intervento per fistola gastro-digiunocolica.

Mega-esofago e esofagite da reflusso.

Cardioplastica.

### **INTESTINO**

Colectomia totale.

### **RETTO - ANO**

Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale.

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare.

Operazione per megacolon.

Proctocolectomia totale.

### **FEGATO**

Derivazioni biliodigestive.

Interventi sulla papilla di Water.

Reinterventi sulle vie biliari.

Interventi chirurgici per ipertensione portale.



## **PANCREAS - MILZA**

Interventi per pancreatite acuta.

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche.

Interventi per pancreatite cronica.

Interventi per neoplasie pancreatiche.

## **INTERVENTI SUL POLMONE**

Tumori della trachea.

## **CARDIOCHIRURGIA**

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi.
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale.
- Correzione impianto anomalo coronarie.
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica.
- Correzione canale atrioventricolare completo.
- Finestra aorto-polmonare.
- Correzione di:
  - ventricolo unico;
  - ventricolo destro a doppia uscita;
  - truncus arteriosus;
  - coartazione aortiche di tipo fetale;
  - coartazione aortiche multiple o molto estese;
  - stenosi aortiche infundibulari;
  - stenosi aortiche sopravalvolari;
  - trilogia di Fallot;
  - tetralogia di Fallot;
  - atresia della tricuspide;
  - pervietà interventricolare ipertesa;
  - pervietà interventricolare con "debanding";
  - pervietà interventricolare con insufficienza aortica.
- Sostituzioni valvolari multiple.
- By-pass aortocoronarici multipli.
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico.
- Aneurismi aorta toracica.





- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio.
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto.
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici.

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

## **CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale.

Asportazione tumori dell'orbita.

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.).

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose).

Emisferectomia.

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divus per via anteriore.

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto.

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo.

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari.

Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.).

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica.

Somatotomia vertebrale.

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica.

## **CHIRURGIA VASCOLARE**

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale.

## **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti.

Resezioni del sacro.

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari.

Disarticolazione interscapolo toracica.

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhov-Limberg con salvataggio dell'arto.

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made".



Emipelvectomy.

Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto.

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca.

Vertebrotomia.

Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi.

Uncoforaminotomia.

Corpectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale.

Artrodesi per via anteriore.

Interventi per via posteriore con impianti.

Interventi per via anteriore senza impianti.

Interventi per via anteriore con impianti.

## **UROLOGIA**

ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto).

Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia.

Ileo bladder.

Cistoprostatovesicectomy con neovescica rettale.

Cistoprostatovesicectomy con ileo bladder.

Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali.

Cistoprostatovesicectomy con ureteroileoureteroanastomosi.

Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale.

Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale.

## **GINECOLOGIA**

Istherectomy radicali cori linfadenectomy per tumori maligni per via addominale.

Istherectomy radicali per tumori maligni per via vaginale.

Intervento radicale per carcinoma ovarico.

## **TRAPIANTI DI ORGANI**

Tutti.