



Allegato 1.a

PIANO UNICO

**CAPITOLATO
PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO E IN QUIESCENZA
DELLA CONSOB
DI SERVIZI E CONTRIBUTI ECONOMICI
A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO E PARTO**

[Il presente capitolato verrà integrato sulla base del contenuto dell'offerta tecnica presentata in gara dall'affidatario]

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa (di seguito: Cassa), aggiudicataria del Lotto 1° "CONSOB" della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di servizi e di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in servizio e in quiescenza della Consob e dei rispettivi nuclei familiari, si impegna, sulla base di quanto concordato tramite il presente capitolato, a erogare rimborsi di spesa e contributi economici agli assistiti a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.2.2019 alle ore 24.00 del 31.1.2022. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° febbraio al 31 gennaio successivo.

E' sempre facoltà dell'assistito ottenere le prestazioni mediche secondo le modalità dell'assistenza diretta nel circuito sanitario convenzionato nei casi in cui tale modalità è prevista (c.d. convenzione diretta).

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO

Possono aderire come titolari dell'assistenza (di seguito: Titolari):

- a) i dipendenti in servizio;
- b) i dipendenti cessati dal servizio che percepiscono l'assegno di sostegno al reddito;
- c) i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") e i subentrati (nella posizione assistenziale del dipendente/pensionato deceduto e limitatamente al nucleo già assistito) che siano iscritti al 31.1.2019 all'Assistenza "Base" (ovvero Base e Plus) della previgente copertura assistenziale e che non abbiano compiuto 80 anni all'1.2.2019;

Su richiesta del Titolare l'assistenza si estende, senza il pagamento di ulteriori quote capitarie, al coniuge/unito civilmente a carico fiscale e ai figli a carico fiscale, siano o no conviventi con il Titolare (**la situazione relativa al carico fiscale e alla convivenza dichiarata all'adesione è valida per tutta la durata del contratto ed è immodificabile**).

L'assistenza viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo assistito, fino al termine dell'annualità assistenziale in cui il Titolare raggiunge l'80° anno di età; l'estensione ai congiunti iscritti cessa comunque al termine dell'annualità assistenziale in cui raggiungono l'80° anno di età.

L'assistenza può inoltre includere i seguenti "familiari facoltativamente assistibili", su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie (**la situazione relativa al carico fiscale e alla convivenza dichiarata all'adesione è valida per tutta la durata del contratto ed è immodificabile**):

- a) figli e coniuge/unito civilmente, fiscalmente non a carico e conviventi;
- b) figli e coniuge/unito civilmente, fiscalmente non a carico e non conviventi;
- c) convivente con il Titolare, anche dello stesso sesso, il quale abbia instaurato con il Titolare un vincolo stabile ed esclusivo, con o senza prole, tale da realizzare una situazione familiare di fatto e, comunque, a condizione che:
 - sia costituita con il Titolare una famiglia anagrafica ai sensi dell'art. 4 del D.P.R. 223/1989 perdurante da almeno 3 anni al momento della presentazione della richiesta;
 - lo stato di convivenza sia espressamente dichiarato dal Titolare;
- d) figli del solo coniuge, del solo unito civilmente o del solo convivente, purché anagraficamente conviventi con il Titolare;
- e) altri parenti e affini entro il 3° grado conviventi con il Titolare.

In ogni caso, l'inclusione in assistenza deve riguardare TUTTI i familiari facoltativamente assistibili risultanti dallo stato di famiglia del Titolare.

Nel caso di cui al punto b) è obbligatoria l'inclusione anche di figli/coniuge/unito civilmente del Titolare anagraficamente conviventi con il coniuge/ unito civilmente/figlio che si intende inserire.

Non è obbligatorio inserire in assistenza i familiari facoltativamente assistibili che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie ("analogia assistenza").

TRANNE CONIUGE, UNITO CIVILMENTE E FIGLI, NESSUN PARENTE O AFFINE NON CONVIVENTE CON IL TITOLARE PUO' ESSERE INSERITO IN ASSISTENZA.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti;
- durante il permanere del rapporto con la Consob (quale dipendente o pensionato). In caso di cessazione del rapporto senza titolo alla prosecuzione dell'assistenza o di mancata opzione per la prosecuzione, l'assistenza opera fino alla fine dell'annualità assistenziale in cui è avvenuta la cessazione. In caso di decesso del Titolare, il nucleo già assistito ha facoltà, con oneri a proprio carico, di proseguire nell'assistenza fino alla scadenza del presente contratto; a tal fine, un familiare deve subentrare nella posizione di Titolare dell'assistenza e pagare il contributo – ove ancora dovuto – previsto per quest'ultimo.

Per tutti gli assistiti non aderenti al 31.1.2019 alla previgente copertura assistenziale stipulata dalla Consob, l'operatività nell'assistenza è subordinata a un periodo di sospensione dall'1.2.2019 (c.d. "carenza"), fatta eccezione per i:

- neo-assunti con decorrenza successiva al 30.11.2018 (e relativi nuclei);
- dipendenti rientrati da aspettativa (per impieghi in Italia o all'estero, cariche politiche, amministrative o sindacali, motivi di studio) con decorrenza successiva al 30.11.2018 (e relativi nuclei);
- casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, matrimonio, insorgere di convivenza ai sensi del Regolamento del personale, venir meno di "analoga assistenza".

La carenza decorre dall'1.2.2019 ed è pari a:

- 270 giorni per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio. Qualora dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo il 1° febbraio 2019, per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio l'assistenza decorre dal 28.2.2019;
- 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima dell'1.2.2019.

ART. 3 - LIMITI DI ASSISTENZA

Per "limite di assistenza" si intende l'importo massimo di contributi e rimborsi erogabili dalla Cassa in ogni anno assistenziale per nucleo familiare assistito.

Il limite di assistenza è di € 160.000,00 per anno assistenziale, elevato a € 200.000,00 per nuclei familiari con tre o più figli fiscalmente a carico, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione. Tali somme sono raddoppiate in caso di grande intervento chirurgico compreso nell'elenco allegato e ricoveri presso unità coronariche, di terapia intensiva e sub-intensiva. Inoltre, i limiti di assistenza sono maggiorati del 20%, su richiesta, qualora nel nucleo assistito sia presente almeno un portatore di *handicap* grave ai sensi della legge 104/1992, ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa.

Nel caso di inserimento in assistenza nel corso dell'annualità assistenziale, i limiti annuali di assistenza sono riconosciuti per intero.

ART. 4 – PRESTAZIONI

A - PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI/INTERVENTI PRESSO OSPEDALI O ALTRI ISTITUTI O CASE DI CURA

La Cassa rimborsa:

1. In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, in regime di ricovero o *day hospital/day surgery*, e in caso di intervento chirurgico ambulatoriale:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi robot e macchinari (anche noleggiati e/o fatturati a nome dell'assistito), gli apparecchi protesici, terapeutici e le endoprotesi necessari al recupero dell'autonomia dell'assistito;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi necessari al recupero della salute, medicinali, esami post intervento durante il ricovero;

- rette di degenza fino all'importo di [€...] giornalieri (senza limite di importo giornaliero per interventi effettuati in convenzione diretta, per i grandi interventi, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e prestazioni mediche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti l'intervento, anche in *day hospital*; esami, medicinali, prestazioni mediche, prestazioni finalizzate al recupero della salute quali: prestazioni infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere) e trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'intervento chirurgico (compreso il noleggio di apparecchiature per la fisioterapia in ambito domiciliare).

In caso di parto cesareo il limite del rimborso è pari a [€...] per evento senza applicazione di alcuna franchigia/scoperto.

2. In caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico anche in regime di *day hospital*:

- accertamenti diagnostici, onorari per prestazioni mediche specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di [€...] giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta, per i ricoveri presso unità coronariche, terapie intensive e sub-intensive);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche specialistiche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 100 giorni precedenti il ricovero, anche in *day hospital*, resi necessari dall'evento che ha causato il ricovero.

3. In caso di parto fisiologico:

- sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza fino all'importo di [€...] giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i ricoveri in convenzione diretta).

Il rimborso complessivo massimo sarà comunque pari a [€...] per evento.

4. Per il neonato (limitatamente al periodo di ricovero connesso al parto):

- retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica fino all'importo di € 1.500,00 anno/nucleo, senza applicazione di scoperti/franchigie.

5. Trasporto:

- le spese di trasporto dell'assistito infermo all'istituto di cura e viceversa - in caso di intervento chirurgico - con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (a eccezione dell'autovettura privata), fino all'importo di € 1.300,00 per ricovero in Italia e € 1.600,00 per ricovero all'estero.

Nei casi in cui nei capoluoghi di provincia di residenza/lavoro dell'assistito non esistano strutture sanitarie (ospedali o case di cura private o pubbliche) in convenzione diretta, nonché nei casi in cui le strutture esistenti non possano effettuare un ricovero urgente, sono rimborsate all'assistito le spese per il trasporto ferroviario, in 1^a classe (andata e ritorno) per il luogo più vicino in cui esistono strutture convenzionate ove sia possibile effettuare il ricovero urgente. Per gli assistiti della Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarda anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente (andata e ritorno).

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura (non convenzionato con la Cassa) richiede il pagamento di un anticipo, la Cassa rimborsa all'assistito che ne faccia domanda le spese sostenute entro il 50% del limite di assistenza previsto, salvo conguaglio a cure ultimate.

B – SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, nn. 1. e 2., prevede:

- per i ricoveri e per gli interventi effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica): nessuno scoperto/franchigia;
- per i ricoveri con e senza intervento effettuati **in totale regime indiretto con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica in caso di intervento): applicazione di un limite di [€...] giornalieri per la retta di degenza

e, per tutte le altre spese, di uno scoperto del [... %] con un minimo di [€ ...] e un massimo di [€ ...] per ricovero (compresi i ricoveri effettuati in regime di day hospital);

- per gli interventi ambulatoriali effettuati **in totale regime indiretto con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica): applicazione di una franchigia fissa di [€ ...];
- per gli interventi effettuati in **“regime misto”** (struttura sanitaria o *équipe* medica convenzionati con la Cassa): nessuno scoperto/franchigia per le prestazioni erogate in regime diretto; applicazione dei relativi limiti, scoperti e franchigie di cui ai precedenti alinea per le prestazioni erogate in forma indiretta.

Le spese connesse a ricovero/intervento, anche se sostenute a cavallo di due annualità assistenziali, vengono rimborsate a valere sul massimale dell'anno assistenziale in cui è iniziato il ricovero (o effettuato l'intervento ambulatoriale) e con applicazione di unico scoperto/franchigia.

In caso di **grandi interventi chirurgici** indicati nell'elenco allegato e di ricoveri presso unità coronariche, unità di terapia intensiva e sub-intensiva non verrà applicato limite per la retta di degenza né alcuno scoperto.

Per i ricoveri e gli interventi a carico del S.S.N., il rimborso delle spese per prestazioni effettuate nei giorni precedenti e successivi il ricovero/intervento nonché della “differenza di classe” relativa alle spese di degenza (entrambe nei limiti previsti alla lett. A) non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, nn. 3., 4. e 5., non prevede l'applicazione di alcuno scoperto, fermo restando il limite di [€ ...] giornalieri per le rette di degenza di cui al punto 3., in convenzione indiretta con la Cassa.

Nei casi in cui l'assistito sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza nelle province di lavoro e/o di residenza, di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa per le prestazioni richieste, le spese sostenute saranno rimborsate secondo il regime di convenzione diretta.

C - PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA

La Cassa rimborsa le seguenti “prestazioni di alta diagnostica”, con un limite complessivo di [€ ...] per anno assistenziale/nucleo (maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito siano presenti almeno tre figli fino a 28 anni all'inizio dell'anno assistenziale). Inoltre, il limite complessivo di assistenza è maggiorato del 20%, su richiesta, qualora nel nucleo assistito sia presente almeno un portatore di *handicap* grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa):

- AGOASPIRATO;
- AMNIOCENTESI (in alternativa: BI-TEST), oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto;
- ANGIOGRAFIA;
- ANGIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTERIOGRAFIA DIGITALE;
- ARTROGRAFIA;
- BRONCOGRAFIA;
- BRONCOSCOPIA con eventuale biopsia;
- CARDIOTAC;
- CATETERISMO CARDIACO;
- CISTERNOGRAFIA;
- CISTOGRAFIA;
- CISTOSCOPIA;
- CLISMA OPACO;
- COLANGIOGRAFIA;
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA;
- COLECISTOGRAFIA;
- COLONSCOPIA con eventuale biopsia;
- COLONSCOPIA VIRTUALE;
- CORONAROGRAFIA;
- DEFECOGRAFIA;
- DOPPLER;
- DUODENOSCOPIA;
- ECOCARDIOGRAMMA;
- ECODOPPLER;
- ECOCOLORDOPPLER;
- ECOGRAFIA;
- ECOENDOSCOPIA;

- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- ELETTROMIOGRAFIA;
- ENDOSCOPIA;
- ESAME CITOLOGICO;
- ESAME ISTOLOGICO;
- ESOFAGOSCOPIA;
- FISTOLOGRAFIA;
- FLUORANGIOGRAFIA RETINICA;
- GALATTOGRAFIA;
- GASTROSCOPIA con eventuale biopsia;
- HOLTER;
- ISTEROSALPINGOGRAFIA;
- LINFOGRAFIA;
- MAMMOGRAFIA;
- MIELOGRAFIA;
- MOC/DOC;
- MONITORAGGIO PRESSORIO DELLE 24 H;
- OCT;
- ORTOPANORAMICA delle arcate dentali (ORTOPANTOMOGRAMMA);
- PANCOLONSCOPIA;
- PET;
- RADIONEFROGRAMMA;
- RECTOSIGMOIDOCOLONSCOPIA;
- RETINOGRAFIA;
- RETTOSCOPIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- RX ESOFAGO;
- RX TUBO DIGERENTE;
- SCIALOGRAFIA;
- SCINTIGRAFIA;
- SPECT;
- SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA;
- TAC;
- TC DENTALSCAN;
- TELECUORE;
- TEST ERGOMETRICO MASSIMALE;
- UROFLUSSOMETRIA;
- UROGRAFIA;
- VILLOCENTESI oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta patologia della gestante o del feto.

Le prestazioni sono rimborsabili, come segue, solo se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico:

- se effettuate **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa**, viene applicata una franchigia fissa di [€...] per ciclo di cura;
- se effettuate **in regime indiretto con la Cassa**, viene applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€...] per ciclo di cura.

I *ticket* relativi alle prestazioni elencate vanno presentati con cadenza semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio) e sono integralmente rimborsati.

Nei casi in cui l'assistito sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza nelle province di lavoro e/o di residenza, di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa per le prestazioni richieste, le spese sostenute saranno rimborsate secondo il regime di convenzione diretta.

D - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

La Cassa rimborsa le "prestazioni specialistiche" di seguito indicate, con un limite complessivo di [€...] per anno/nucleo, con il sotto-limite di € 700,00 per leprestazioni di psicoterapia:

- a) onorari medici specialistici per visite e prestazioni (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche), visite omeopatiche;
- b) analisi e esami diagnostici compresi gli onorari dei medici.

Le prestazioni di cui ai punti a) e b) sono rimborsabili solo se la relativa documentazione riporti la diagnosi o il sospetto diagnostico;

- c) terapie: alcolizzazione, crioterapia, terapie radianti, terapia del dolore, onde d'urto, psicoterapia, logopedia, fisioterapia a seguito di infortunio, ictus cerebrale, forme neoplastiche, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio la sclerosi multipla, la sclerosi amiotrofica e il morbo di Parkinson).

Le terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata e accertata. Relativamente alla psicoterapia, alla logopedia e alla fisioterapia, le terapie sono rimborsabili anche se effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, logopedista e fisioterapista diplomato.

La fisioterapia a seguito di infortunio viene rimborsata solo se documentata da certificato del Pronto soccorso.

Queste prestazioni sono rimborsate come segue:

- se effettuate **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa**, viene applicata una franchigia fissa di [€ ...] per ciclo di cura;
- se effettuate **in regime indiretto con la Cassa**, viene applicato uno scoperto del [... %] con un minimo di [€ ...] per ciclo di cura.

I *ticket* relativi alle prestazioni elencate vanno presentati con cadenza semestrale (entro il 31 gennaio e il 31 luglio) e sono integralmente rimborsati.

Nei casi in cui l'assistito sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza nelle province di lavoro e/o di residenza, di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa per le prestazioni richieste, le spese sostenute saranno rimborsate secondo il regime di convenzione diretta.

E – CICLO DI CURA

Per ciclo di cura si intende una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia. Esso può iniziare con le prestazioni connesse ad un sospetto patologico e continuare con la formulazione della diagnosi definitiva.

La Cassa applica in ciascun anno assistenziale un unico scoperto/franchigia per ciclo di cura, anche qualora le prestazioni vengano effettuate in tempi diversi. Le prestazioni vengono imputate al massimale che espressamente le prevede.

Nel caso in cui il ciclo di cura includa prestazioni rese in regime sia diretto sia indiretto, al complesso delle spese sostenute viene applicato lo scoperto previsto per il regime indiretto. Fanno eccezione i casi in cui l'assistito, per fruire delle prestazioni richieste, sia obbligato ad avvalersi del regime indiretto per l'inesistenza di professionisti/strutture convenzionati con la Cassa nelle province di lavoro e/o di residenza. In tali casi viene applicato lo scoperto/franchigia previsto per il regime diretto.

In caso di ricorso al regime indiretto, con la presentazione della richiesta di rimborso l'assistito **dichiara concluso** il ciclo di cura; pertanto, successive richieste per lo stesso stato patologico comportano l'applicazione di un nuovo scoperto/franchigia.

Per tutte le spese sanitarie diverse da quelle connesse a ricoveri e interventi ambulatoriali, il ciclo di cura si interrompe il 31 gennaio di ciascuna annualità assistenziale; quindi per le spese sostenute successivamente a tale data si apre un nuovo ciclo di cura – attraverso una nuova richiesta di rimborso – con applicazione del relativo scoperto/franchigia e imputazione ai massimali della nuova annualità.

F - PROTESI

La Cassa rimborsa le spese per acquisto e riparazione di protesi ortopediche con il limite anno/nucleo di € 1.100,00.

G - CURE ONCOLOGICHE E DIALISI

La Cassa rimborsa, con il limite di [€...] anno/nucleo, le spese sostenute:

1. in seguito a patologie oncologiche per:
 - assistenza infermieristica domiciliare;
 - visite specialistiche;
 - chemioterapia;
 - terapie radianti;
 - *follow-up* oncologico;

2. per la dialisi.

Queste prestazioni sono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto/franchigia.

H - CURE DENTARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO

La Cassa rimborsa le cure dentarie e paradentarie a seguito di infortunio, con un limite assistenziale di € 2.000,00 per anno/nucleo; le spese sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 20%.

Tali spese saranno rimborsate solo se il danno dentario è certificato da parte del Pronto Soccorso cui si sia fatto immediato ricorso.

I - CURE DENTARIE DIVERSE DA QUELLE CONSEGUENTI A INFORTUNIO

La Cassa rimborsa le cure dentarie in convenzione diretta con un limite di assistenza complessivo di [€ ...] per anno/nucleo (maggiorato del 20% qualora nel nucleo assistito siano presenti almeno tre figli fino a 28 anni all'inizio dell'anno assistenziale). Le prestazioni sono rimborsate come segue:

- a) visite e terapie conservative (ad es. igiene dentale, otturazioni, estrazioni): nessuna franchigia;
- b) paradontologia: scoperto del 20%;
- c) protesi, implantologia, ortodonzia: scoperto del 40%.

L – OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Cassa rimborsa le spese successive a un ricovero sostenute per servizi domiciliari medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi, tendenti al recupero della funzionalità fisica. Tali spese sono rimborsate senza applicazione di scoperto/franchigia, fino a concorrenza del limite di € 2.000,00 per anno/nucleo.

M – FISIOTERAPIA RIABILITATIVA

La Cassa rimborsa le spese sostenute per fisioterapia riabilitativa - compreso il noleggio di apparecchiature per la fisioterapia in ambito domiciliare - a seguito di infortunio, *ictus* cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche, entro il limite di [€ ...] per anno/nucleo (maggiorato, su richiesta, del 20% qualora nel nucleo assistito sia presente almeno un portatore di *handicap* grave ai sensi della legge 104/1992 ovvero certificato dalla ASL come totalmente inabile a qualsiasi proficua attività professionale e/o lavorativa).

Queste prestazioni vengono rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto/ franchigia.

La fisioterapia a seguito di infortunio viene rimborsata solo se documentata da certificato del Pronto Soccorso. E' rimborsata anche se l'infortunio è precedente al 1° febbraio 2019 purché necessaria al recupero della funzionalità fisica dell'assistito e non ad alleviare sintomatologie cronicizzate.

[da inserire nel caso in cui l'affidatario abbia offerto in gara tali elementi:

N – FISIOTERAPIA E OSTEOPATIA RIABILITATIVA DIVERSA DA QUELLA CONSEGUENTE A INFORTUNIO E INTERVENTO CHIRURGICO

La Cassa rimborsa le spese sostenute per fisioterapia e osteopatia in convenzione diretta con un limite di assistenza complessivo di [€ ...] per anno/nucleo.

O – LENTI E OCCHIALI

La Cassa rimborsa l'acquisto di lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 200,00 per nucleo assistito.]

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del medico oculista attestante la variazione del *visus* nonché l'indicazione della patologia (ad es. miopia, astigmatismo ecc.) che comporta l'uso di lenti correttive.

ART. 5 - PRESTAZIONI ESCLUSE

Sono escluse dal rimborso le spese per:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- chirurgia plastica a scopo estetico ad eccezione di quella concernente neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e di quella a scopo ricostruttivo da infortunio (compresa la rimozione di esiti cicatriziali nel limite annuo di € 500,00 per nucleo assistito) o conseguente a intervento chirurgico oncologico, anche se effettuato successivamente su organo sano (ad es. intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia radicale e relativa simmetrizzazione);
- ricoveri durante i quali vengono compiute solamente terapie fisiche e riabilitative che, in relazione allo stato clinico dell'assistito all'atto del ricovero, possono essere effettuate anche in ambulatorio;
- ricoveri causati dalla necessità dell'assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché ricoveri di lunga degenza, intendendo per tali quelli determinati da condizioni fisiche che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale;
- pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri ad eccezione di quelli effettuati in caso di anisometria superiore a quattro diottrie, o *deficit* visivo, anche di un singolo occhio, pari o superiore a sei diottrie;
- prestazioni riconducibili a finalità estetiche (es. visite, trattamenti, ricoveri ambulatoriali, ricoveri in regime di *day hospital*¹, etc.);
- agopuntura (ove prevista) non effettuata da medico;
- prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da fisioterapista diplomato;
- psicoterapia non effettuata da medico specialista o da psicoterapeuta;
- logopedia non effettuata da medico specialista o da logopedista;
- infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili, non assunte a scopo terapeutico;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'assistito, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona.

ART. 6 – ASSISTENZA DIRETTA, ASSISTENZA INDIRETTA E SERVIZI WEB

Le prestazioni in convenzione diretta devono essere richieste alla Cassa con un preavviso di almeno dieci giorni lavorativi. La Cassa garantisce la risposta (autorizzazione o motivato diniego) con un preavviso minimo di tre giorni lavorativi (72 ore) rispetto alla data della prestazione richiesta.

La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro tre giorni lavorativi (72 ore) dalla ricezione della richiesta di autorizzazione. La richiesta di integrazione documentale deve essere opportunamente motivata e contenere l'indicazione specifica dei documenti necessari. Resta fermo in ogni caso l'obbligo della Cassa di provvedere sulla richiesta di erogazione della prestazione a

¹ Si intende per *day hospital* una prestazione assistenziale di ricovero, limitata a una sola parte della giornata, che non prevede il pernottamento; il paziente viene ospitato in una stanza di degenza con l'attribuzione di un posto letto attrezzato.

seguito della ricezione della documentazione. Laddove la documentazione integrativa sia trasmessa alla Cassa entro il termine di quattro giorni lavorativi (96 ore) dalla data della prestazione richiesta, la Cassa garantisce la risposta con un preavviso minimo di due giorni lavorativi (48 ore) dalla data della prestazione medesima.

Rimane fermo il diritto dell'assistito di chiedere l'autorizzazione con un preavviso inferiore a 10 giorni lavorativi. In questa ipotesi, la Cassa garantisce la risposta prima dell'esecuzione della prestazione a condizione che la richiesta pervenga con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (72 ore) rispetto alla prestazione. La Cassa garantisce l'effettuazione delle prestazioni in convenzione diretta senza il rispetto del preavviso minimo dei tre giorni lavorativi (72 ore) limitatamente alle patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni in forma indiretta, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa su apposito modulo, di norma entro 30 giorni dalla data in cui si è conclusa la cura o il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata dalla documentazione attestante il sospetto diagnostico o la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, note o parcelle debitamente quietanzate e fiscalmente in regola con le disposizioni di legge, dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso. La documentazione deve essere trasmessa via *web*, redatta in lingua italiana o comunque corredata da traduzione in lingua italiana.

A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - oltre che in versione "desktop", anche in versione "mobile" e/o mediante applicazioni mobile (per smartphone e tablet) - accessibile ai non vedenti (nel quale sono disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati e la modulistica), tramite il quale:

- inoltrare le richieste di rimborso, allegando tutta la relativa documentazione in forma elettronica;
- visualizzare le pratiche inoltrate, il relativo status, i rimborsi disposti e i massimali residui.

In alternativa, la richiesta di rimborso può essere trasmessa tramite posta cartacea.

La Cassa effettua il rimborso direttamente al Titolare, di norma mediante accredito sul conto corrente anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro il termine di 30 giorni (decorrente dalla data di ricezione della documentazione completa e conforme alla normativa di cui al presente capitolato, inclusa quella relativa all'eventuale struttura sanitaria convenzionata che ha erogato la prestazione). La Cassa può richiedere eventuale documentazione integrativa per una sola volta e secondo principi di correttezza e buona fede entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta di liquidazione; la richiesta di integrazione documentale deve essere opportunamente motivata e contenere l'indicazione specifica dei documenti necessari. In tal caso il termine per la definizione del sinistro è di 15 giorni dalla ricezione della documentazione integrativa o di eventuali controdeduzioni del Titolare. Ove, successivamente, il rimborso risulti superiore a quello dovuto o non dovuto affatto, la Cassa provvederà allo storno parziale o totale dell'importo rimborsato. In caso di violazione dei termini previsti dal presente capitolato, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni - pari allo 0,02% per ogni giorno di ritardo. I rimborsi sono effettuati in Italia in euro; per le spese sostenute in Paesi extra area euro, i rimborsi sono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dalla Banca d'Italia.

Ogni diniego di rimborso dev'essere motivato per iscritto dalla Cassa, anche per via elettronica.

Nel caso in cui, a giudizio insindacabile della Consob e previo contraddittorio con la Cassa, risultino palesemente generiche, ovvero insussistenti o infondate le ragioni poste a fondamento del diniego delle prestazioni richieste dal Titolare, la Cassa è tenuta a condurre una nuova istruttoria sull'istanza e a provvedere entro il termine di 15 giorni dalla richiesta della Consob, ferma restando l'applicazione delle penali previste dal contratto.

Gli assistiti si impegnano a fornire ogni chiarimento necessario, anche a cura dei medici che li hanno visitati o curati, nonché a sottoporsi a eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Cassa, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistibilità.

ART. 7 – REVOCA E MODIFICHE

Salve le fattispecie espressamente previste, l'adesione ai piani assistenziali è IRREVOCABILE e IMMODIFICABILE per l'intero periodo di vigenza del contratto, così come la mancata adesione impedisce il successivo inserimento in assistenza.

ART. 8 – INCONTRI PERIODICI SU CASI CONTROVERSI

La Cassa partecipa a incontri mensili con la Consob per verificare la corretta esecuzione del contratto e per esaminare i casi controversi segnalati alla Consob dagli assistiti e ritenuti meritevoli di approfondimento. Alle riunioni

potrà partecipare, se richiesto, anche il Titolare dell'assistenza e, ove del caso, il medico di fiducia del titolare.

Gli incontri – a insindacabile giudizio della Consob – potranno tenersi presso le sedi della Consob di Roma o Milano oppure presso gli uffici della Cassa. Ciascuna parte interviene alla riunione a proprie spese.

ART. 9 – CONTROVERSIE - ARBITRATO

Le controversie di natura medica possono essere deferite a un collegio arbitrale composto da tre medici, i cui membri sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel capoluogo di provincia del luogo di residenza dell'assistito. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico, esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del collegio, assunte a maggioranza, sono vincolanti per le parti, che rinunciano a impugnarle salvi i casi di violenza, dolo, errore grave o violazione di patti contrattuali.

La volontà di deferire la controversia al collegio arbitrale espressa da una delle parti è vincolante per l'altra.

La cognizione di qualsiasi controversia di natura medica tra le parti (assistito e Cassa) sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi, è devoluta alla competenza del Foro di residenza dell'assistito, salvo diverso accordo scritto intervenuto successivamente tra i soggetti.

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

Roma,

CASSA

CONSOB

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione (totale o parziale) dello stomaco.
- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale, emicolectomia e resezione rettocolica.
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia.
- Laparotomia e laparoscopia esplorativa.
- Exeresi tumore peritoneale.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tonduplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi per neoplasie pancreatiche.
- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
 - enucleazione delle cisti;
 - marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa;
 - b) della coda.
- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia e altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.
- Interventi per traumi vertebrali.

- Somatomia vertebrale e relativi interventi sui dischi intervertebrali.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Asportazione di tumori intracardiaci.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

INTERVENTI SUL MEDIASTINO:

- interventi per tumori.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari.
- Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.

- By-pass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace a imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:
 - a) resezione con reimpianto
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomy.
- Artroplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomy totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomy totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomy radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

- Iridocicloterazione da glaucoma.
- Interventi per neoplasie del globo oculare.

- Interventi di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione tumori glomici-timpano-giugulari.

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.