

LOTTO 2 - AGCM (CIG 6398850211)

ASSISTENZA GRANDI RISCHI PENSIONATI

CAPITOLATO

**PER L'EROGAZIONE AL PERSONALE IN QUIESCENZA DELLA
AUTORITA' DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO (AGCM) DI
CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER
MALATTIA E INFORTUNIO**

ART. 1 - ASPETTI GENERALI

La Cassa (di seguito: Cassa), aggiudicataria del Lotto 2 di gara relativo alla stipula di un contratto avente ad oggetto l'erogazione di contributi economici a fronte di spese sanitarie del personale in quiescenza dell'Autorità Garante per la Concorrenza ed il Mercato (di seguito: AGCM) 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 e infortunio secondo le seguenti norme.

La durata del contratto è pari a tre anni, dalle ore 00.00 dell'1.03.2016 alle ore 24.00 del 28.2.2019. Le "annualità assistenziali" decorrono dal 1° marzo al 28 febbraio 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).

L'adesione all'Assistenza Grandi rischi è alternativa rispetto all'Assistenza "Base" e all'Assistenza "Opzione Plus".

ART. 2 - ASSISTITI E OPERATIVITA' DEL CAPITOLATO

Possono aderire come titolari dell'assistenza (di seguito: Titolari) i pensionati diretti (compresi i capitalizzati al 100% e i "differiti") fino all'età di 80 anni.

Su richiesta del Titolare l'assistenza si estende, senza il pagamento di ulteriori quote, al coniuge anagraficamente convivente (anche se fiscalmente non a carico) fino all'età di 80 anni.

L'assistenza può inoltre includere i figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il Titolare, su richiesta del Titolare e dietro pagamento di quote capitarie. L'inserimento di un figlio comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri figli fiscalmente a carico e anagraficamente conviventi con il Titolare. Non è obbligatorio inserire in assistenza i figli che beneficino di altra copertura collettiva delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro ("analoga assistenza").

Possono aderire a tale assistenza i pensionati diretti iscritti o meno alle vigenti assistenze nonché il personale che cesserà dal servizio con diritto a pensione successivamente al 29.02.2016. L'assistenza viene prestata, nei confronti dell'intero nucleo assistibile, fino al termine dell'annualità assistenziale in cui il Titolare raggiunge l'80° anno di età; l'estensione al coniuge cessa comunque al termine dell'annualità assistenziale in cui raggiunge l'80° anno di età.

Le previsioni di cui sopra sono valide fatti salvi i casi di cui all'art. 6.

L'assistenza è operante:

- senza limitazioni territoriali, in quanto vale per il mondo intero;
- indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti, salve le possibili limitazioni connesse con l'esito della compilazione del questionario anamnestico, ove previsto.

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, fermo restando il limite degli 80 anni previsto per il coniuge superstite; 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 a uno dei previgenti piani assistenziali stipulati dalla AGCM, l'operatività dell'assistenza Grandi rischi è subordinata a un periodo di sospensione (c.d. "carezza"), fatta eccezione per i casi di nascita, adozione, affidamento di un figlio, insorgere di

convivenza e/o acquisizione di carico fiscale di un figlio, matrimonio e/o insorgere di convivenza con il coniuge.

La carenza decorre dall'ingresso in assistenza ed è pari a 180 giorni per le malattie che siano la conseguenza di stati patologici diagnosticati o curati prima della data di decorrenza dell'inserimento nella Grandi rischi.

ART. 3 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO

All'atto dell'adesione devono compilare e trasmettere alla Cassa un questionario anamnestico (all. F4) tutti gli assistiti che abbiano compiuto 75 anni al 29.02.2016.

Il questionario dev'essere inoltre presentato da tutti gli assistiti al compimento del 75° anno (per coloro che raggiungano quest'età dall'1.03.2016 al 28.02.2018).

Per effetto di quanto indicato nel questionario, la Cassa può introdurre limitazioni dell'assistenza, motivandole per iscritto, che decorrono dall'1.03.2016 nei casi di cui al primo comma ovvero dall'anno assistenziale successivo a quello in cui l'assistito abbia compiuto 75anni.

In caso di limitazioni, l'assistito può chiedere (alla AGCM e per conoscenza alla Cassa) il recesso dall'assistenza e la restituzione dei contributi eventualmente versati, purché non abbia usufruito di prestazioni o chiesto rimborsi nell'annualità assistenziale da cui decorrono le limitazioni. Il recesso del Titolare comporta automaticamente il recesso di tutti i familiari eventualmente iscritti.

Rilevanti omissioni o dichiarazioni non veritiere nel questionario, atte ad alterare significativamente il quadro informativo, possono comportare la sospensione delle prestazioni della Cassa, salva successiva verifica in contraddittorio, e la restituzione dei rimborsi non dovuti nel frattempo versati in favore dell'assistito.

Il mancato invio del questionario comporta l'impossibilità di fruire dell'assistenza.

L'assistenza resta comunque sospesa fino alla risposta della Cassa (che deve essere comunicata entro 30 giorni).

ART. 4 - 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 € 100.000,00 per anno assistenziale, fermi restando i limiti specifici più avanti previsti per singole tipologie di prestazione.

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

ART. 5 – PRESTAZIONI

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

1. La Cassa rimborsa, in caso di grande intervento chirurgico di cui all'elenco allegato:

- 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 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 € 260,00 giornalieri (senza limite di importo giornaliero per i grandi interventi effettuati in convenzione diretta);
- accertamenti diagnostici e onorari per prestazioni mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 60 giorni precedenti il ricovero; 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 60 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'intervento chirurgico.

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 100% del limite di assistenza previsto, salvo congruaggio a cure ultimate.

2. La Cassa rimborsa inoltre le spese sostenute a fronte di:

- compensi a squadre di soccorso per trasporto all'istituto di cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario, con un massimo di € 1.100,00 per evento;
- vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'assistito infermo, con il limite giornaliero di € 110,00 e con un massimo di 30 giorni per anno/nucleo;
- trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo e un eventuale accompagnatore con il massimo di € 2.100,00 per evento.

B - SCOPERTO

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, punto 1., prevede:

- per gli interventi effettuati **in totale regime di convenzione diretta con la Cassa** (sia struttura sanitaria sia *équipe* medica), nessun limite per la retta di degenza e l'applicazione di uno scoperto del 15%, con un minimo di € 750,00 e un massimo di € 2.750,00, per ricovero;
- per gli interventi effettuati **in regime indiretto con la Cassa**: applicazione di un limite di € 260,00 giornalieri per la retta di degenza e di uno scoperto del 20%, con il minimo di € 1.250,00 ed il massimo di € 2.750,00, per ricovero.

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

Il rimborso delle spese di cui alla lett. A, punto 2., non prevede l'applicazione di alcuno scoperto.

C - SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Se tutte le spese di cui alla lett. A, punto 1., sono state a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Cassa corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di intervento di cui all'elenco allegato al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio.

L'indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) è pari ad € 80,00, con un massimo di 300 giorni per anno/nucleo.

In concomitanza di ricovero in struttura ospedaliera a carico del S.S.N., nel caso in cui siano state sostenute anche delle spese da parte dell'assistito infermo, la Cassa rimborsa il maggiore importo tra

il conteggio relativo al totale delle diarie giornaliere spettanti e il rimborso delle altre spese sostenute di cui alla lett. A, punto 1.

D - TRASPORTO DEL DEFUNTO

La Cassa rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'assistito infermo a seguito di ricovero in istituto di cura all'estero per uno degli interventi di cui all'elenco allegato con un limite annuo di € 1.550,00 pro capite. Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

ART. 6 - CASI DI NON ASSISTENZA O DI ASSISTENZA CON PATTO SPECIALE

Non sono di norma assistibili - e l'assistenza cessa al manifestarsi delle relative patologie - le persone affette da apoplezia, epilessia, infermità mentale, alcoolismo, tossicomania, diabete (solo nei casi in cui il tasso di glicemia enzimica superi i 200 mg/100 ml), difetti fisici rilevanti, infermità gravi e permanenti che riducano singolarmente o nel complesso l'efficienza psicofisica in misura pari o superiore al 40%.

Al verificarsi di una delle condizioni patologiche sopra elencate, deve essere inoltrata tempestiva comunicazione alla Cassa. La mancata comunicazione rende inattivabile, per l'assistito, il ricorso alle prestazioni della Cassa e non dà titolo a ottenere il rimborso dei contributi versati fino alla data in cui tali condizioni vengono accertate dalla Cassa.

In presenza di tali patologie, la Cassa può comunque deliberare l'assistibilità tramite un patto speciale, che ne fissa condizioni e limiti.

ART. 7 - MODALITA' DI RIMBORSO – SERVIZI WEB OVVERO TRAMITE REFERENTE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Titolare deve presentare una richiesta alla Cassa redatta 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 la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalla prescrizione medico-specialistica anche delle eventuali successive prestazioni nonché dalle ricevute, fatture, notule o parcele debitamente quietanzate e dalla eventuale ulteriore documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

La documentazione deve essere trasmessa via *web* , ovvero consegnata in formato cartaceo ad un referente della Cassa.

A tal fine la Cassa mette a disposizione degli assistiti un portale *web* - 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.

La Cassa garantisce altresì la presenza, con cadenza mensile, di un referente presso la sede di AGCM per l'assistenza al personale ed il ritiro della richiesta cartacea.

Infine, 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; 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. Nei casi eccezionali in cui il rimborso non possa avvenire entro il termine, la Cassa corrisponderà una maggiorazione automatica del rimborso - a titolo di risarcimento danni e sanzione forfetaria - pari allo 0,02% per ogni giorno di calendario.

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.

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. 8 – 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. 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

AGCM

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 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 simili.

- 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 splacnici.

8

8

- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.

- Interventi sulla 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

- 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.

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 della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass 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 ad 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.
- Artoplastica 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.
- Surrenectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomy per neoplasie maligne con linfadenectomy.

GINECOLOGIA

- Pannistectomy radicale per via addominale per tumore maligno.

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.