

Lario Reti Holding S.p.A.

CAPITOLATO

**servizio di assistenza sanitaria a favore del
personale dipendente di Lario reti holding SpA**

Settembre 2026

Sede legale: | **Lecco** – Via Fiandra, 13

Contatti: | **Telefono** – 0341.359.111
| **Sito web** – www.larioreti.it

| **E-mail** – info@larioreti.it
| **Servizio Clienti** – 800.085.588

| **Pec** – segreteria@larioretepec.it
| **Pronto Intervento** – 800.894.081

Sezione I

CONDIZIONI GENERALI

1. DEFINIZIONI

Committente: Lario reti holding SpA

Assistito: il soggetto nel cui interesse viene stipulato il contratto comprensivo dei familiari inclusi.

Contraente: il contraente definito in seguito alla procedura di gara.

Parti: il Committente e il Contraente.

Network sanitario convenzionato: l'insieme delle strutture sanitarie (strutture per ricoveri, centri diagnostici, centri e studi medici specialistici, studi odontoiatrici, etc.) convenzionati dal Contraente.

Struttura sanitaria convenzionata: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico del network convenzionato.

Assistenza in forma diretta: l'Assistito fruisce delle prestazioni in convenzione e pertanto il Contraente versa il dovuto alla struttura sanitaria/centro medico/medico specialista. Nel caso in cui per una determinata prestazione fosse prevista una franchigia o uno scoperto a carico dell'Assistito il relativo importo dovrà essere versato alla struttura sanitaria/centro medico/medico specialista convenzionata.

Assistenza in forma indiretta: l'Assistito non si rivolga a struttura sanitaria/centro medico/medico specialista presente nel network sanitario, pertanto, l'importo spettante è versato all'Assistito al netto della eventuale quota a carico dello stesso.

Massimale: L'importo stabilito nel presente capitolato che rappresenta la spesa massima che il Contraente si impegna a prestare nei confronti dell'Assistito per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Scoperto: La somma che rimane a carico dell'Assistito.

2. OGGETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

Il Piano sanitario integrativo è operante per le spese di seguito descritte e con i limiti sotto indicati.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l' Assistito può rivolgersi a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con l'Appaltatore;
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con l'Appaltatore;

- Servizio Sanitario Nazionale.

Le garanzie previste dal presente Capitolato comprendono anche situazioni patologiche che siano l'espressione o la conseguenza diretta di infortuni e malattie anche se insorte anteriormente all'avvio del Piano.

3. PERSONE ASSICURATE

Il personale in servizio alla data di stipulazione del contratto, ad esclusione dei dirigenti, e un familiare scelto dal dipendente a scelta tra:

- coniuge o parte di unione civile o convivente more uxorio (l'iscrizione del convivente more uxorio può essere richiesta solo dopo due anni effettivi di convivenza certificabili da apposita documentazione rilasciata dal Comune di residenza);
- figli purché fiscalmente a carico del lavoratore (compresi i figli di età superiore al 18° anno, fino al 21° anno, purché in corso di studio pre-universitario oppure per la durata legale del corso di studio universitario fino al compimento del 26° anno di età)
- figli totalmente inabili, la cui condizione sia documentata da apposita certificazione emessa da struttura pubblica, per cui non è previsto alcun limite di età.

Il piano di assistenza sanitaria integrativa può essere esteso, con versamento del relativo premio a carico del dipendente, anche agli altri componenti del nucleo familiare **purché risultanti dallo stato di famiglia (come sopra elencati)**.

I dipendenti e loro familiari che verranno collocati in quiescenza nel corso dell'appalto resteranno assicurati fino al termine della mensilità di fine lavoro.

4. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.

Le eventuali modifiche del presente capitolato debbono essere approvate per iscritto tra le Parti.

5. INCLUSIONI DURANTE L'ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Gli aggiornamenti concernenti ogni nuova inclusione nell'elenco iniziale degli Assistiti, che dovesse verificarsi nel corso del periodo di validità del contratto, saranno tempestivamente comunicati al Contraente.

L'inserimento ovvero l'adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- a) Assunzione, a seguito del superamento del periodo di prova;
- b) Matrimonio;
- c) Nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- d) decorsi due anni dall'insorgere di convivenza per il convivente di fatto certificati da documentazione rilasciata dal Comune di residenza.

L'iscrizione decorre dalle ore **00:00 del primo giorno del mese successivo all'evento** (es. superamento periodo di prova, nascita, matrimonio) e terminerà l'ultimo giorno del mese relativo alla cessazione del rapporto di lavoro.

L'eventuale periodo di carenza sarà definito in esito alla procedura di gara.

6. INCLUSIONI FACOLTATIVE

Le inclusioni di assistiti **ad adesione facoltativa** sono così regolamentate:

- alla decorrenza del contratto, la Committente comunicherà tempestivamente la scelta del dipendente di aderire al piano sanitario e i nominativi relativi. La decorrenza della copertura sarà quella del contratto;
- i nuovi assunti inclusi durante l'anno, avranno **30 giorni** di tempo dall'assunzione per effettuare l'adesione dei propri familiari al Piano Sanitario comunicando all'appaltatore per tramite la Committente i nominativi relativi. La Committente avrà l'onere di trasmettere, tempestivamente, il dato al Contraente. La copertura avrà come effetto la data dell'adesione stessa;
- ogni dipendente potrà in corso di contratto richiedere di estendere la copertura ad altri familiari, comunicando i nominativi. La Committente avrà l'onere di trasmettere, tempestivamente, il dato all'Appaltatore. La copertura decorrerà dal primo giorno del trimestre successivo.

7. ESCLUSIONI DAL PIANO

La revoca dalla copertura potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) Cessazione dal servizio;
- b) Decesso dell'Assistito o di un suo familiare;
- c) Divorzio;
- d) Venir meno di convivenza per il convivente di fatto o per il familiare fiscalmente non a carico;
- e) raggiungimento del limite di età per i figli o completamento del percorso universitario (max 26 anni).

SEZIONE II

CONDIZIONI MINIME DI ASSISTENZA PREVISTE

1. OGGETTO DELL'ASSISTENZA

L'assistenza sanitaria opera a favore dei dipendenti di Lario reti holding SpA (di seguito anche Committente), e dei relativi nuclei familiari, nei termini, nella misura e con le modalità indicate nel presente Capitolato.

Le condizioni di assistenza sono riportate nei paragrafi seguenti.

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

In tutti i casi in cui il presente Capitolato prevede un limite o massimale annuo di rimborso, l'arco annuale di riferimento è un periodo di 12 mesi dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Viene previsto il seguente Piano Sanitario:

1.1 RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta.

Copertura: ricoveri con degenza notturna per gli interventi previsti nell'**Allegato 1**.

S'intendono **coperte le spese connesse ai ricoveri, tra cui a titolo esemplificativo:** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria e di sala parto e il materiale di intervento; l'assistenza medica e infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post-intervento durante il ricovero; accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, riguardanti il periodo di ricovero; rette di degenza e ogni altra spesa a qualsiasi titolo sostenuta.

Esclusioni:

- interventi in Day Hospital o interventi in regime ambulatoriali.
- Interventi non compresi nell'Allegato 1 o nell'offerta del Contraente.
- spese voluttuarie (per esempio televisione e telefono) o per maggior conforto.

Massimale per anno e per assistito: € 80.000,00

Massimo rimborso per evento: € 60.000,00

Minimo non indennizzabile: nessuno

Rette di degenza: € 200,00 a notte fino ad un massimo di 30 notti in forma indiretta

Retta di accompagnamento: € 50,00 a notte fino ad un massimo di 30 gg in forma indiretta

Assistenza infermieristica per ricovero notturno: € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni sia in forma indiretta che diretta

1.2 INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERI CONSEGUENTI A GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CON DEGENZA NOTTURNA

Modalità di rimborso: solo in forma indiretta

Copertura: in caso di ricovero eseguito con il S.S.N. si avrà diritto ad una indennità sostitutiva.

Esclusioni:

- se ottenuto rimborso ai sensi dell'articolo 1.1
- non è dovuta se il dipendente ha ottenuto il rimborso delle spese o altro indennizzo in virtù di altro contratto di assistenza/assicurazione
- per interventi non ricompresi nel piano sanitario.

Massimale: € 80,00 per i primi 30 gg e € 100,00 dal 31° giorno al 120 gg

1.3 PRE RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Modalità di rimborso: solo in forma indiretta.

Coperture: Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, eseguite ambulatorialmente, nei **120 giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Esclusioni:

- Accertamenti diagnostici / visite specialistiche effettuate nei 120 gg precedenti il ricovero.

Massimale annuo e per assistito: € 1.000,00

1.4 POST RICOVERO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Modalità di rimborso: solo in forma indiretta.

Coperture: Esami e accertamenti diagnostici, visite specialistiche, eseguite ambulatorialmente, nei **120 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Si applica il medesimo termine di 120 giorni anche per le prestazioni post ricovero eventualmente eseguite a polizza scaduta.

Esclusioni:

- Accertamenti diagnostici / visite specialistiche effettuate nei 120 gg successivi il ricovero.

Massimale annuo e per assistito: €1.000,00

1.5 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA AL DI FUORI DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta

Coperture: diagnostica Ecografica eseguita ambulatorialmente, con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto dall'accertamento, è comprensiva di medicinali/farmaci, assistenza anestesilogica, studio arterioso e venoso. **Per accedere ai rimborsi sarà necessario presentare la prescrizione del medico specialista e /o medico di base con l'indicazione del tipo di patologia.**

Sono ricompresi gli accertamenti ecografici elencati **nell'Allegato 2.**

Esclusioni:

- Accertamenti ecografici previsti in altre sezioni del presente capitolato
- Accertamenti ecografici esclusi specificamente a seguito dell'offerta tecnica di gara.

Massimale annuo e per assistito: € 150,00

1.6 DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta

Coperture: Diagnostica di alta specializzazione eseguita ambulatorialmente, con qualsiasi tecnica, metodica ed apparecchiatura e, ove previsto dall'accertamento, è comprensiva di medicinali/farmaci, assistenza anestesilogica, studio arterioso e venoso. **Per accedere ai rimborsi sarà necessario presentare la prescrizione del medico specialista e /o medico di base con l'indicazione del tipo di patologia.**

Sono ricompresi gli accertamenti ecografici elencati **nell'Allegato 3.**

Esclusioni:

- Accertamenti ecografici previsti in altre sezioni del presente capitolato
- Accertamenti ecografici esclusi specificamente a seguito dell'offerta tecnica di gara.

Massimale annuo e per assistito: € 8.000,00

Scoperto: nessuno

Quota di rimborso: 80% diretta
70% inidretta

1.7 VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta

Coperture: Visite specialistiche a scopo diagnostico con l'esclusione di quelle che si sono rese necessarie per la risoluzione dell'evento patologico (visite di controllo e/o visite successive). **Per accedere ai rimborsi non sarà necessario presentare la prescrizione del medico specialista e /o medico di base.**

Esclusioni:

- le visite specialistiche eseguite nei 120 giorni precedenti e/o successivi ad un Ricovero notturno per Grande Intervento chirurgico in quanto già ricomprese nella specifica garanzia;
- le visite mediche non effettuate da professionista con regolare specializzazione registrata e rilevabile presso l'Ordine dei Medici;

Massimale annuo e per assistito: € 600,00

Massimo rimborso per evento (ogni singola visita): € 120,00 in forma diretta
€ 80,00 in forma indiretta

Minimo non indennizzabile: € 60,00 in forma indiretta

1.8 TICKET PER PRESTAZIONI SANITARIE

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta

Coperture: Ticket Sanitari per Accertamenti diagnostici, Visite specialistiche e Terapie.

Esclusioni:

- Ticket sanitari riferibili a prestazioni non ricomprese nel Piano Sanitario.
- Eventuali quote aggiuntive introdotte dalla normativa oltre al ticket

Massimale annuo e per assistito: € 500,00

Massimo rimborso per evento: € 40,00

Quota rimborso: 100% sia in forma diretta che indiretta

1.9 PROTEZIONE NEONATI

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta

Coperture: Rientrano nella Garanzia i grandi interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite, per figli di età massima di 2 anni (24 mesi) inseriti nel nucleo familiare assistibile all'atto del ricovero.

Massimale annuo e per assistito: € 30.000,00

Quota rimborso: 100% sia in forma diretta che indiretta

1.10 PACCHETTO MATERNITA'

1.10.1 ACCERTAMENTI

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta.

Copertura: accertamenti, analisi cliniche di laboratorio, diagnostica prenatale non invasiva, ecografie in gravidanza. Per accedere alle prestazioni dovrà essere fornito certificato di gravidanza. In caso di positività del Bi-Test o Tri-Test (qualora opzionato in alternativa ad analisi o ecografie) può essere richiesto il rimborso anche per l'amniocentesi o villocentesi.

Esclusioni:

- effettuazione dell'una delle attività sopra riportate esclude il rimborso delle altre due.

Massimale per gravidanza e per assistito:

- Analisi cliniche di laboratorio: € 100,00
- Diagnostica prenatale con invasiva: € 120,00
- Ecografia in gravidanza: massimo 4 ecografie per gravidanza
- In caso di positività del Bi-test o Tri-test: € 120,00

Quota di rimborso: 100 % in forma diretta – 70% in forma indiretta

1.10.2 RICOVERO PER PARTO

Modalità di rimborso: sola forma indiretta

Copertura:

- Indennità/Diaria per Ricovero per Parto;
- il riconoscimento di un supporto psicologico nell'immediato post parto, se effettuate e fatturate (entro i 150 giorni successivi al parto) da medico specializzato in psichiatria o psicologia clinica o se effettuate da psicologi o psicoterapeuta regolarmente iscritto all'ordine.

Esclusioni:

- riconosciuta, solo se non è stato richiesto alcun rimborso per "Accertamenti in Gravidanza" siano essi fruiti tramite Ticket o privatamente.

Massimale di rimborso per gravidanza e per assistito: € 1.000,00

Indennità per notte solo in forma indiretta e per parto tramite S.S.N.: € 80,00 per massimo 10 notti

Rimborso per supporto psicologico: € 240,00 con un massimo di 4 sedute effettuate nei 140 gg post parto - € 60,00 massimo per seduta sia in forma diretta che indiretta

1.11 TRASPORTO SANITARIO IN AUTOAMBULANZA

Modalità di rimborso: solo in forma indiretta

Coperture: In caso di ricovero o di accettazione al Pronto Soccorso debitamente documentata, verranno rimborsate, le spese di trasporto dell'Assistito in ambulanza, esclusivamente nel territorio italiano.

Esclusioni:

- trasferimenti da un Istituto di cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione
- trasporti per terapie continuative
- trasporti fuori dal territorio nazionale.

Massimale annuo e per assistito: € 1.500,00

Minimo non indennizzabile: nessuno

Quota massima rimborso: 100% solo in forma indiretta

1.12 LENTI

Modalità di rimborso: solo in forma indiretta.

Coperture: protesi oculistiche prescritte dal medico oculista e riferite alla correzione di disturbi del visus (cambio visus) o patologie oculari. La prescrizione del medico-chirurgo specialista in oculistica recante specifica di cambio visus non deve essere precedente a 6 (sei) mesi dalla data di acquisto delle predette protesi.

Esclusioni:

- il rimborso per montatura,
- occhiali, lenti a contatto per fini estetici
- lenti a contatto mono uso (sostituzione giornaliera).

Massimale annuo e per assistito: 120,00 €

Minimo non indennizzabile: € 55,00 per lenti correttive/confezione di lenti a contatto non monouso

Quota massima rimborso: 100% solo in forma indiretta

1.13 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Modalità di rimborso: sia in forma indiretta che diretta

Coperture: prestazioni odontoiatriche come di seguito indicate.

Esclusioni:

- Rimborsi di Ticket riferibili a prestazioni odontoiatriche.

Massimale annuo e per assistito: € 2.000,00

1.13.1 IMPIANTI E RELATIVE CORONE

Copertura: chirurgia implantare, vite osteointegrata, mesostruttura di ricostruzione su impianto e relativa riabilitazione definitiva con corona protesica.

Si precisa che:

la Vite osteointegrata s'intende rimborsabile **una sola volta nella vita ed è rimborsabile un solo impianto osteointegrato per sede dentaria**, mentre la relativa corona protesica definitiva (posizionata su un impianto liquidato dall'Appaltatore) è rimborsabile **una volta ogni 5 anni**.

La richiesta della **corona protesica** definitiva non può essere effettuata separatamente dal relativo pilastro implantare, a meno che non si tratti di sostituzione (allo scadere dei limiti temporali) della protesi precedentemente rimborsata.

Impianto osteo-integrati per sede dentaria: rimborsabile **1 volta** per elemento/sede dentaria

Corona definitiva per elemento/impianto dai 17 anni: rimborsabile **1 volta ogni 5 anni** sul medesimo impianto

Esclusioni:

- prestazioni protesiche in sedi riabilite con impianti preesistenti e/o non rimborsate in precedenza;
- corone protesiche provvisorie su impianti osteointegrati;
- mini impianti ortodontici;
- prestazioni implanto-protesiche eseguite in sostituzione di elementi soprannumerari o per la riabilitazione di diastemi o comunque di maggiori spazi esistenti tra le sedi dentarie;
- la mesostruttura di ricostruzione su impianti e la chirurgia implantare al di fuori delle voci omnicomprensive.

Rimborso massimo per impianto con relativa corona (con i limiti sopra indicati):

€ 600,00 sia in forma diretta che indiretta di cui € 400 per impianto e € 200 per corona con le ulteriori limitazioni indicate sopra.

1.13.2 TRATTAMENTO ORTODONTICO

Coperture:

terapie ortodontiche: rimborsabili per massimo 3 anni, anche non consecutivi, indipendentemente dal numero delle arcate e comunque entro l'anno (1° gennaio-31 dicembre) nel quale si compiono i 18 anni di età.

terapia di mantenimento per contenzione (sia essa fissa che mobile): rimborsabile solo 1 volta (secondo il massimale annuo) indipendentemente dal numero di arcate sottoposte a trattamento.

1.13.3 IGIENE ORALE

Coperture: detartrasi rimborsabile due volte l'anno.

Scoperti a carico assistito:

forma diretta: € 10,00 per detartrasi

forma indiretta: € 35,00 quota massimo di rimborso

1.13.4 ALTRE PRESTAZIONI

Otturazioni: rimborsabili massimo 1 volta ogni 3 anni per elemento dentario

Scoperti a carico dell'assistito:

Forma diretta: € 20,00

Forma indiretta: € 80,00

Estrazione dentale o radice di elemento permanente o deciduo: rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria

Scoperti a carico dell'assistito:

Forma diretta: € 20,00

Forma indiretta: € 80,00

Germectomia fino a 16 anni di età: rimborsabile 1 sola volta per elemento/sede dentaria

Scoperti a carico dell'assistito:

Forma diretta: € 20,00

Forma indiretta: € 80,00

1.14 PREVENZIONE

L'Appaltatore rimborsa la fruizione di **n. 1** Pacchetto di prevenzione annuale a scelta tra i pacchetti messi a disposizione.

Il pacchetto prevenzione essere effettuato esclusivamente in assistenza diretta presso un centro convenzionato, senza pertanto alcun onere a carico del dipendente.

Il Contraente dovrà proporre una serie di check-up "mirati" (es. check up cardiovascolare, internistico, ginecologico, ecc.), alternativi tra di loro.

Le modalità di fruizione e i relativi limiti ed esclusioni saranno definiti dal Contraente.

SEZIONE III

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

1. PRESTAZIONI ESEGUITE IN FORMA DIRETTA

In caso di utilizzo di strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate, le spese vengono liquidate **direttamente** alle strutture/medici convenzionati, previa applicazione di eventuale scoperto che rimarrà a carico del fruitore del servizio.

L'Elenco delle strutture convenzionate nel network sanitario e dei medici convenzionati dovrà essere consultabile tramite il sito internet del Contraente, accedendo alla sezione dedicata.

2. PRESTAZIONI ESEGUITE IN FORMA INDIRETTA

In caso di utilizzo di strutture private o pubbliche non convenzionate, le spese relative alle prestazioni vengono **rimborsate** all'Assistito previa applicazione dell'eventuale scoperto, che rimarrà a carico dell'Assistito.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, saranno **rimborsati** i ticket sanitari a carico dell'Assistito, secondo quanto previsto nel presente capitolato.

Qualora la prestazione venga effettuato in una struttura convenzionata ma da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dal personale medico non convenzionato verranno rimborsate.

SEZIONE V

OBBLIGHI DELL'APPALTATORE

1. ATTIVITA' DI SUPPORTO E DI ASSISTENZA

Le prestazioni descritte nel presente articolo sono accessorie ai servizi di assistenza sanitaria prestati dall'appaltatore. Il corrispettivo per tali prestazioni si intende compreso nell'importo dei contributi richiesti per l'espletamento del servizio.

Responsabile del Servizio

L'Appaltatore dovrà mettere a disposizione della Committente un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici e l'indirizzo di posta elettronica nonché gli orari di servizio.

Il suo compito sarà quello di supervisionare ed eventualmente coordinare le attività dell'Appaltatore nei rapporti con la Committente.

Portale web dedicato per la gestione del servizio e help desk

L'Appaltatore dovrà mettere a disposizione degli assistiti un **portale web** per l'invio delle richieste di rimborso e della documentazione sanitaria, che consenta, tra l'altro, di evitare l'utilizzo del supporto cartaceo.

Il portale web:

- deve essere disponibile tutti i giorni dell'anno senza limiti di orario e senza limiti alle funzionalità;
- deve essere accessibile attraverso i più diffusi browser per la navigazione Internet;
- deve garantire la funzionalità di gestione avanzata e in sicurezza delle credenziali di accesso (cambio password al primo accesso, recupero username e password etc.);
- deve garantire la semplicità di accesso e d'uso con idonei contenuti informativi per ciascuna tipologia di rimborso;
- deve garantire la possibilità di effettuare l'upload dei documenti giustificativi delle spese;
- deve garantire la possibilità per gli assistiti di disporre di un elenco, anche su supporto cartaceo, delle prestazioni erogate per anno solare, sia in regime di assistenza diretta che in regime di assistenza indiretta, con indicazione degli importi in franchigia fiscalmente detraibili.

Per quanto riguarda il trattamento dei Dati Personali, il portale deve essere conforme alla normativa di riferimento, in particolare al d. lgs. n. 196/2003, novellato dal d. lgs. n. 101/2018, unitamente al Regolamento UE 27 aprile 2016, n. 679 (c.d. "GDPR"), anche in considerazione della particolare tipologia di dati trattati (dati sulla salute).

Nel portale dovrà, inoltre, essere presente un documento illustrativo sintetico delle condizioni di assistenza sanitaria per il personale della Committente.

L'Appaltatore dovrà garantire una **Centrale Operativa**, di cui potranno servirsi gli assistiti della Committente per avere informazioni circa la gestione delle pratiche di rimborso o per risolvere eventuali problematiche inerenti all'utilizzo del portale.

Il servizio dovrà essere garantito almeno nei giorni feriali dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:00 e dovrà essere fruibile attraverso i seguenti canali:

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

All'avvio del Contratto, l'Appaltatore dovrà provvedere ad un'adeguata attività iniziale di comunicazione e promozione del portale nei confronti dei dipendenti, con la partecipazione di propri incaricati, al fine di favorire la conoscenza del processo liquidativo e l'utilizzo e l'articolazione della rete convenzionata per una completa fruizione del Piano sanitario.

Le funzionalità e le caratteristiche del portale web e della Centrale Operativa, nonché dell'app dedicata (ove prevista) e dell'attività di promozione e comunicazione, dovranno essere descritte nell'Offerta tecnica e saranno oggetto di valutazione da parte dell'Istituto secondo quanto previsto dal Disciplinare di gara.

2. REPORTISTICA

1. Al termine di ogni anno ed entro i 15 giorni solari successivi, l'Appaltatore si impegna a fornire alla Committente, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, **l'evidenza delle richieste ricevute a partire dalla data di decorrenza del piano sanitario.**

Tale elenco dovrà essere fornito con tracciato in formato .xlsx modificabile non protetto (ovvero protetto da password che dovrà essere comunicata con successiva mail tempestivamente all'invio della prima mail contenente il tracciato) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- la data della richiesta;
- la categoria dell'Assistito indicando TI, CO, FI, (TI=dipendente, CO=coniuge a carico fiscale, FI= figlio a carico fiscale,);
- la tipologia di garanzia distinta per prestazioni ottenute come da specifiche del Capitolato Tecnico;
- il regime di gestione, in Rete convenzionata o rimborsuale;
- l'indicazione dell'anno di nascita e sesso dell'assistito;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a. sinistro chiuso 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 € _____. Ad ogni trasmissione trimestrale tale riserva dovrà essere aggiornata fintanto che il sinistro permane in tale stato.

3. RIEPILOGO A FINE ANNO

Nell'Area Riservata deve, inoltre, essere riportato – al termine di ciascun anno solare – il **riepilogo, utile ai fini fiscali**, di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione della voce attestante la somma totale del richiesto, la somma totale dell'importo liquidato, nonché la somma totale dell'eventuale importo rimasto a carico dell'Assistito.

SEZIONE VI

NORME DI CHIUSURA

1. NORME DI RIFERIMENTO

La garanzia è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

2. ALLEGATI

Sono allegati al presente Capitolato:

- Elenco Grandi interventi chirurgici
- Elenco accertamenti ecografici
- Elenco Prestazioni di radiologia tradizionale con contrasto

Allegato 1 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si considerano " Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito indicati, salvo eventuali Esclusioni o migliorie derivanti dall'offerta tecnica di gara:

Cellule staminali

- Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche- effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea

Chirurgia cardiovascolare

- sostituzione della valvola aortica attraverso l'arteria femorale o succlavia (TAVI): con plafond di € 35.000
- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sul cuore
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Interventi sull'aorta addominale
- Safenectomia della grande safena
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Asportazione di tumori endocavitari del cuore
- Disostruzione by-pass aorta addominale
- Aneurismectomia ventricolare
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare

Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Intervento per gozzo retrosternale
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Resezione esofago cervicale
- Dissezione radicale del collo
- Escissione dotto Tireoglosso

Chirurgia dell'apparato digerente

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica

- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Interventi sull'esofago cervicale
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per anastomosi mesenterica-cava
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche
- Interventi per echinococchi epatici
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento per pancreatite acuta o cronica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica
- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria con l'esclusione degli interventi eseguiti per via endoscopica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi per ulcera peptica post-anastomotica
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesione di organi parenchimali
- Interventi per via laparotomica per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino

- Interventi per contusioni o ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino
- Resezione intestinale
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per megacolon
- Fistole entero-enteriche
- Anastomosi entero esofagee
- Polipectomia per via laparotomica
- Polipectomia

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumectomia totale o parziale
- Toracectomia
- Toracoplastica
- Asportazione del timo
- Decompressione stretto toracico superiore

Chirurgia generale

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione delle neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulectomia mammaria

Chirurgia maxillo-facciale

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio
- Intervento per anchilosi temporo mandibolare
- Ricostruzione della emimandibola
- Interventi demolitivi del massiccio facciale con svuotamento orbitale
- Push back e faringoplastica

Ginecologia

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale
- Parto cesareo
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento per eviscerazione pelvica
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Intervento per creazione operatoria di vagina artificiale (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)

- Intervento per creazione del condotto vaginale con inserimento di protesi (a seguito di intervento demolitivo per neoplasia maligna)
- Sacrocolpopessi per via addominale per colpocistorettocele
- Sacrocolpopessi per colpocistorettocele --> correzione utero-vaginale

Neurochirurgia

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranio plastica
- Interventi di neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o trans-orale
- Interventi per ernia del disco e/o per mieelopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Operazioni per encefalo meningocele
- Lobotomia ed altri interventi di psicotomia
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Interventi per epilessia focale
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Idrocefalo ipersecretivo
- Cordotomia e mielotomia percutanea

Oculistica

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Odontocheratoprotesi
- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile

Ortopedia e traumatologia

- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale anche se eseguiti a livello lombare
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma

- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi più cemento
- Artroprotesi carpale
- Vertebrotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Tenotomia bipolare per torcicollo miogeno congenito
- Impianti flessibili (es. Swanson-Mabauer polso e mano)

Otorinolaringoiatria

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sfenoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Faringo-laringectomia
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento gangliare contemporaneo
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e/o del pavimento orale e/o con eventuale svuotamento gangliare contemporaneo
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e delle tonsille con svuotamento gangliare
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Palatoschisi totale

Trapianti di organo

- Tutti i trapianti di organo

Urologia

- Terapia della calcolosi urinaria incluse le prestazioni quali la Litotripsia endoscopica percutanea ed escluse le terapie mediche sia di tipi farmacologico usate nelle coliche addominali sia quelle volte a sciogliere i calcoli renali farmacologicamente
- Trattamento chirurgico della calcolosi urinaria

- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di orchiectomia con per neoplasia testicolare.
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Surrenalectomia
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per fistola vescico-intestinale
- Intervento per estrofia vescicale
- Interventi per fistola vescico-vaginale
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Amputazione totale del pene

Allegato 2 - Elenco accertamenti ecografici

Si considerano "accertamenti ecografici" inclusi nel Piano sanitario quelli di seguito indicati, salvo eventuali Esclusioni derivanti dall'offerta tecnica di gara:

Addominale superiore (esame completo)
Addome inferiore-pelvi e superiore con valutazione intestino (esame completo)
Ecocardiogramma doppler o colordoppler transesofageo
Ecocardiogramma M Mode 2D
Ecocardiogramma M MODE 2D doppler e colordoppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
Ecocardiogramma M Mode 2D e doppler, con eventuali prove farmacologiche o sotto sforzo (ecocardiostress)
Ecografia endobronchiale
Fegato e vie biliari - Ghiandole salivari bilaterali - Grossi vasi - Intestinale - Linfonodi mono/bilaterali - Mammaria monolaterale o bilaterale - Mediastinica o emitoracica - Milza - Muscolare, tendinea o articolare - Oculare e Orbitaria- Pancreatica - Parti molli -
Pelvica (utero, annessi e vescica) - Peniena - Prostatica e vescicale, sovrapubica - Renale e surrenale bilaterale - Testicolare (bilaterale) - Tiroidea e paratiroidea - Vescicale (compreso eventuale uso del mezzo di contrasto)
Prostatica e vescicale o anale e rettale, transrettale
Renale, surrenale bilaterale e vescica
Scrotale ed inguinale per ricerca testicolo ritenuto
Transesofagea per gastroenterologia
Transvaginale con eventuale colordoppler
Vescicale perminzionale o intracavitaria transuretrale
Arti superiori o inferiori (bilaterale): Doppler
Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcoDoppler
Arti superiori o inferiori (bilaterale): EcocolorDoppler
Arti superiori e inferiori (quattro arti): Doppler
Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcoDoppler
Arti superiori e inferiori (quattro arti): EcocolorDoppler
EcocolorDoppler di qualsiasi altro distretto o segmento vascolare arterioso-venoso non descritto
Penieno o testicolare: Doppler
Penieno o testicolare: EcoDoppler
Penieno o testicolare: EcocolorDoppler
Transcranico completo: EcoDoppler
Transcranico completo: EcocolorDoppler
Transcranico completo con analisi spettrale
Tronchi sovraortici: Doppler
Tronchi sovraortici: EcoDoppler
Tronchi sovraortici: EcocolorDoppler
Viscerale: Doppler

Viscerale: EcoDoppler
Viscerale: EcocolorDoppler
Addominale inferiore-pelvi (esame completo)

Allegato 3 - Elenco prestazioni di Radiologia Tradizionale con contrasto

Si considerano "prestazioni di radiologia tradizionale con contrasto" inclusi nel Piano sanitario quelli di seguito indicati, salvo eventuali Esclusioni derivanti dall'offerta tecnica di gara:

Artrografia

Artrografia articolazione temporo-mandibolare monolaterale

Artrografia articolazione temporo-mandibolare bilaterale (comparativa)

Broncografia, monolaterale o bilaterale

Cavernosografia

Cavernosografia con manometria

Cistografia

Cistografia con doppio contrasto

Cistouretrografia minzionale

Clisma opaco con doppio contrasto

Colangiografia attraverso tubo di Kehr o post operatoria

Colangiografia endovenosa (con eventuali prove farmacologiche)

Colangiografia intra operatoria

Colangiografia percutanea

Colangiografia retrograda

Colangiopancreatografia diagnostica (ERCP Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography)

Colecistografia per os con o senza prova di Bronner

Colonna vertebrale cervicale, dorsale, lombosacrale, sacrococcigea (per tratto)

Colonna vertebrale completa

Colonna vertebrale completa più bacino sotto carico

Colonna vertebrale, esame morfometrico (per tratto)

Defecografia

Esofago con contrasto opaco

Esofago con doppio contrasto

Faringografia opaca

Fistolografia

Galattografia

Isterosalpingografia (compreso esame diretto) - compresa prestazione del radiologo/ginecologo

Laringografia opaca

Mielografia cervicale o dorsale

Pielografia retrograda monolaterale

Pielografia retrograda bilaterale

Pielouretrografia percutanea

Radicolografia

Scialografia

Stomaco con doppio contrasto

Stomaco, duodeno
Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., monolaterale
Stratigrafia a bocca aperta e chiusa della A.T.M., bilaterale
Stratigrafia a riposo della laringe e con fonazione
Stratigrafia del mediastino
Stratigrafia del torace, monolaterale
Stratigrafia del torace, bilaterale
Stratigrafia di qualsiasi distretto o segmento anatomico, salvo i casi descritti
Studio dei tempi di transito intestinale
Studio selettivo ultima ansa
Telecuore con esofago baritato
Tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Tenue, esame seriato
Tubo digerente: prime vie (esofago, stomaco, duodeno)
Tubo digerente: seconde vie (tenue, colon)
Tubo digerente: completo (stomaco, duodeno, colon, esofago)
Uretrocistografia ascendente e minzionale
Urografia (esame completo)
Vescicolo deferentografia