Ente di assistenza per il personale dell'Amministrazione penitenziaria

Capitolato polizza Spese Sanitarie

Garanzie Integrative

Premessa ……..… 3
Art. 1 - Definizioni ……..… 3
Art. 2 - Soggetti Aventi Diritto al Servizio ……..……..…… 4
Art. 3 – Regole di Adesione e Premi ……..…….4
Art. 4 - Estensioni Territoriali ……5
Art. 5 - Limiti di Età ……..……..……5
Art. 6 - Oggetto dell'Assicurazione ……..…… 5
Art. 7 - Indennità Sostitutiva ..……..…7
Art. 8 - Visite Specialistiche ……..... 7
Art. 9 - Prevenzione Odontoiatrica ……..…….. 7
Art. 10 - Centri Convenzionati ……..……7
Art. 11 - Limiti delle Prestazioni ……....…8
Art. 12 - Persone non Assicurabili ……..…… 8
Art. 13 - Criteri di Liquidazione ……..…… 9
Art. 14 - Prestazione in Strutture Convenzionate ……..…… 9
Art. 15 - Prestazione in Strutture non Convenzionate ……..……9
Art. 16 - Prestazioni Fornite dal Servizio Sanitario Nazionale …..……..…….…… 10
Art. 17 - Reportistica ……..……..……..…… 10
Art. 18 - Responsabile del Servizio ……..……..……10
Art. 19 - Foro Competente ……..…… 10

PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria integrativa ad adesione volontaria, a favore del personale ed i dirigenti del comparto Funzioni Centrali, sia in servizio che in quiescenza, e relativi nuclei familiare, purché iscritto all'Ente di Assistenza, di seguito indicata alternativamente come "Amministrazione", ovvero "Ente", ovvero "Committente", erogati dall'aggiudicatario idoneo a sottoscrivere il Contratto.

Art. 1 - Definizioni

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

Per Amministrazione Contraente o anche solo Ente o Committente	Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria Largo Luigi Daga N. 2 – 00164 ROMA
Per Assistito/Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dal presente capitolato, come previsto all'art. 2 – Soggetti Aventi Diritto al Servizio -
Per Fornitore, Assicuratore, Società	L'aggiudicatario della gara, ovvero l'Impresa o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o il Consorzio che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato.
Per Assicurazione	Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Committente
Diaria giornaliera	Indennizzo giornaliero erogato dal Fornitore in caso di ricovero comportante pernottamento o in regime di Day – Hospital sia medico che chirurgico.
Massimale	La massima spesa rimborsabile per l'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'annualità assicurativa.
Per Corrispettivo/Premio	L'importo dovuto dall'Ente al Fornitore.
Per Indennità / indennizzo	La somma dovuta dal Fornitore in caso di prestazione/ sinistro.
Per Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione
Per Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Per Grave malattia	Ogni malattia indicata nell'Elenco 1 – Gravi malattie
Per Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro
Per Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Per Intervento chirurgico	Atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.
Per Grande intervento chirurgico	Ogni intervento chirurgico indicato nell' Elenco 2 – Grandi interventi chirurgici.

Per Nucleo Familiare	Ai fini della presente polizza si intende il coniuge o convivente more uxorio e figli come risultante da Stato di Famiglia. Si intendono inoltre compresi i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico ed i figli del solo coniuge o convivente more uxorio, purché conviventi.
Per Ricovero	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Per Day hospital	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di Cura.
Per Istituto di Cura	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, (ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario), regolarmente autorizzata, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna; non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Per Centro convenzionato	Istituto di Cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto nel presente capitolato, direttamente dal Fornitore.
Per Franchigia	L'importo predeterminato in misura fissa, che, in caso di sinistro secondo modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assicurato. Qualora venga espresso in giorni, è il numero di giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo contrattualmente garantito.
Per Scoperto	L'importo espresso in valore percentuale che, in caso di sinistro secondo le modalità precisate nel capitolato, resta a carico dell'Assistito.

Art. 2 - Soggetti Aventi Diritto al Servizio

Il piano di assistenza "garanzie integrative" opera su base volontaria, indipendentemente dalle condizioni fisiche e dalle patologie preesistenti degli assicurati – cui non verrà richiesta la compilazione di alcun questionario – in favore dei soggetti sottoindicati:

a) personale e dirigenti del comparto Funzioni Centrali iscritto all'Ente e proprio nucleo familiare;
b) personale suindicato in distacco sindacale o che risulti in distacco/comando/aspettativa iscritto all'Ente e proprio nucleo familiare;
c) personale e dirigenti del comparto Funzioni Centrali in quiescenza iscritto all'Ente e proprio nucleo familiare.

Art. 3 – Regole di Adesione e Premi

La garanzia assicurativa è valida per gli assicurati nominativamente indicati nel documento di polizza o appendice relativa.

La richiesta di adesione dovrà pervenire al Fornitore entro 30 giorni da ciascuna decorrenza annuale con effetto retroattivo alla data di decorrenza annuale.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

Le richieste di nuove inclusioni, su base volontaria, in corso di garanzia saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione in corso di anno dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti.

In tali casi la scheda di adesione dovrà pervenire al Fornitore entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata, al Fornitore, la documentazione comprovante il versamento del relativo premio. La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda.
Ai fini del pagamento del premio resta inteso che: se la richiesta di adesione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo; se l'adesione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto dall'assicurato al Fornitore il 60% del premio annuo.
In sede di presentazione dell'offerta per la polizza assicurativa Base, con le modalità dettagliate nel Disciplinare di gara, il Fornitore dovrà formulare distinte quotazioni, per ognuna delle tre fattispecie di polizza, del premio annuo lordo pro capite, comprensivo di ogni onere fiscale e contributo di adesione. Tali quotazioni saranno riportate in contratto in caso di aggiudicazione. Resta inteso che la quotazione offerta in sede di gara, per ognuna delle fattispecie su indicate, è fissa ed invariabile per tutta la durata contrattuale. I premi previsti per l'adesione alle diverse tipologie di copertura assicurativa Integrativa saranno completamente a carico dell'Assicurato/Assistito che ne farà richiesta.

Art. 4 - Estensioni Territoriali

Il servizio è operante nel mondo intero. I rimborsi di spese sostenute all'estero verranno effettuati in Italia, al cambio medio dell'Euro nella settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 5 - Limiti di Età

L'assicurazione è valida per le persone di età non superiore a 75 anni. Nel caso di compimento del 75° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla scadenza annuale.

Art. 6 - Oggetto dell'Assicurazione

L' assicurazione è operante in caso di malattia e/o infortunio, per le seguenti prestazioni:

Art. 6 .1 - Rimborso per Spese Ospedaliere e Chirurgiche

Il Fornitore, rimborsa le spese rese necessarie da malattia o infortunio, verificatisi nell'anno assicurativo, e sostenute in caso di:

A) Intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico, effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio:

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti

fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- vitto e pernottamento in istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 60,00 e per una durata non superiore al ricovero, con un massimo di giorni 30 per annualità assicurativa;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.500,00 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e successivo ritorno, in treno o in aereo di linea (esclusa auto privata), col massimo di € 5.000,00 per intervento o ricovero.

In caso di parto con taglio cesareo la Società rimborsa le seguenti spese comprese quelle per il neonato, fino a concorrenza del limite di € 10.000,00 per annualità assicurativa:
- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.500,00 per intervento o ricovero.

In caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 5.000,00.

B) Ricovero in istituto di cura od in regime di Day Hospital, o prestazioni in regime ambulatoriale che non comporti intervento chirurgico per:
- assistenza medica ed infermieristica, cure trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi alla dimissione dal ricovero purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 2.500,00 per ricovero.

C) Ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 3.000,00 per annualità assicurativa (comprese le spese per il neonato), per:
- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;

La presente assicurazione si intende prestata indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). La garanzia di cui al presente articolo è prestata fino al massimale di euro 100.000,00 da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa.

Art. 7 - Indennità Sostitutiva

Qualora il ricovero o la degenza in regime di Day hospital avvenga in struttura pubblica o in struttura privata accreditata con spese a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) - esclusi eventuali ticket - la Società corrisponderà una indennità giornaliera sostitutiva pari a Euro 80,00 per un massimo di 100 giorni:

- integralmente per ogni pernottamento in istituto di cura;
- al 50 % nel caso di Day Hospital.

La presente garanzia non è cumulabile con la garanzia "Ricovero per Gravi Malattie e Grandi Interventi Chirurgici" di cui all'art 5.1 del Capitolato Garanzie Base.

Art. 8 - Visite Specialistiche

Il Fornitore rimborsa le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio per onorari dei medici per visite specialistiche, intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione conseguita presso la facoltà di medicina e chirurgia. La presente garanzia è operante fino a concorrenza del massimale di Euro 2.000,00 da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa per persona e potrà essere fruita esclusivamente presso medici convenzionati con la Compagnia senza l'applicazione di franchigie e/o scoperti. Eventuali ticket sanitari sostenuti per le suindicate prestazioni verranno rimborsati al 100%. La garanzia del presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 9 - Prevenzione Odontoiatrica

L'assicurato potrà effettuare presso studi odontoiatrici convenzionati con la Società le seguenti prestazioni:
Visita odontoiatrica;
ablazione tartaro;
igienizzazione dentale.
Fino alla concorrenza del massimale e per anno assicurato di Euro 100,00 senza l'applicazione di franchigie e/o scoperti. Qualora non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assicurato e comunque non oltre i 50 chilometri dalla abituale dimora, previa autorizzazione della Centrale operativa della Società aggiudicataria, sarà possibile utilizzare, per la prestazione, una struttura non convenzionata.

Art. 10 - Centri Convenzionati

Il Fornitore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri convenzionati nei quali gli Assistiti possono effettuare prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche e ricoveri e cure dentarie. Il Fornitore dovrà rendere disponibile alla data di stipula del Contratto: una rete convenzionata, presente nel territorio

Nazionale, di strutture atte a garantire la prenotazione diretta delle prestazioni oggetto del servizio di cui al presente Capitolato pari ad almeno 200 strutture per i ricoveri; di cui almeno 1 per di regione.
Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito nel caso di utilizzo di strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dal Fornitore alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie eventualmente previste e delle spese per servizi non previsti e fermo restando quanto disciplinato dal presente Capitolato Tecnico.

Art. 11 - Limiti delle Prestazioni

Sono esclusi dal servizio i rimborsi per:

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

Art. 12 - Persone non Assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.
Non sono assicurabili le persone che hanno superato i 75 anni.

Art. 13 - Criteri di Liquidazione

Si precisa che nel caso di uno o più sinistri dipendenti dallo stesso evento (malattia o infortunio) che interessi più prestazioni, la Società rimborserà l'importo massimo, per sinistro e per anno, indicato nelle singole garanzie salvo l'applicazione di eventuali scoperti e franchigie in esse previste.
Per ottenere la corresponsione dell'indennità giornaliera prevista in polizza, nonché il rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni precedenti e successivi il ricovero con intervento chirurgico l'Assicurato deve inviare direttamente al Fornitore il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria utile alla liquidazione del sinistro.
L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dall'assicuratore e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
Il fornitore effettua il pagamento dell'indennità direttamente all'Assicurato entro 30 giorni continuativi dalla data di ricevimento da parte della Società della documentazione sanitaria, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Art. 14 - Prestazione in Strutture Convenzionate

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.
In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa (fatture e ricevute) a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.
In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.
La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.
Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste all'art.14. In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, previa autorizzazione della Centrale operativa, tutte le spese verranno liquidate con le modalità previste all'art.14, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'assicurato.

Art. 15 - Prestazione in Strutture non Convenzionate

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare al Fornitore, il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra ricovero. Il portale, messo a disposizione dal Fornitore, dovrà consentire il caricamento delle copie pdf delle fatture e della documentazione medica, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria

relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.
La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni continuativi dalla data di ricevimento da parte della Società della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Art. 16 - Prestazioni Fornite dal Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra ricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente articolo "Prestazioni in Strutture non Convenzionate".
La Società effettua il rimborso direttamente all'Assicurato entro 30 giorni continuativi dalla data di ricevimento della cartella clinica e degli originali delle notule e fatture debitamente quietanzate, sempreché tale documentazione risulti esaustiva ai fini liquidativi.

Art. 17 - Reportistica

Il fornitore annualmente, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Ente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza, nonché riportare il riepilogo delle prestazioni erogate.

Art. 18 - Responsabile del Servizio

Dalla data di attivazione del contratto "Affidamento del servizio copertura assicurativa di rimborso spese sanitarie per il personale ed i dirigenti del comparto funzioni centrali iscritto all'Ente e per le coperture assicurative integrative", la Società aggiudicataria dovrà mettere a disposizione dell'Ente 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 del servizio. Il suo compito sarà quello di supervisionare e coordinare le attività della società nei rapporti con l'Ente, anche con riferimento alle attività amministrativo/contabili, alla reportistica, agli aggiornamenti su nuove iscrizioni e nuovi inserimenti/cancellazioni in corso dell'anno, all'andamento dei sinistri, alla stipula delle convenzioni con strutture, ai piani assicurativi di adesione su base volontaria, nonché quello di gestire eventuali richieste e gli eventuali reclami da parte dell'Ente o da parte degli assistiti.

Art. 19 - Foro Competente

Per ogni controversia è competente il Foro di Roma.

ELENCO 1- GRAVI MALATTIE

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

Elenco 2 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO	Gozzo retrosternale con mediastinotomia.
ESOFAGO	Interventi con esofagoplastica. Gastroectomia totale. Gastroectomia allargata Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria. Intervento per fistola gastro-digiunocolica. Mega-esofago e esofagite da reflusso. Cardioplastica.
INTESTINO	Colectomia totale.
RETTO - ANO	Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale. Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare. Operazione per megacolon. Proctocolectomia totale.
FEGATO	Derivazioni biliodigestive. Interventi sulla papilla di Water. Reinterventi sulle vie biliari. Interventi chirurgici per ipertensione portale.
PANCREAS - MILZA	Interventi per pancreatite acuta. Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche. Interventi per pancreatite cronica. Interventi per neoplasie pancreatiche.
INTERVENTI SUL POLMONE	TUMORI DELLA TRACHEA.
CARDIOCHIRURGIA	*Interventi a cuore aperto per:* - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi. - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale. - Correzione impianto anomalo coronarie.

	- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica. - Correzione canale atrioventricolare completo. - Finestra aorto-polmonare. *Correzione di:* - Ventricolo unico; - Ventricolo destro a doppia uscita; truncus arteriosus; - Coartazione aortiche di tipo fetale; coartazione aortiche multiple o molto estese; stenosi aortiche infundibulari; - Stenosi aortiche sopravalvolari; trilogia di Fallot; - Tetralogia di Fallot; atresia della tricuspide; - Pervietà interventricolare ipertesa; pervietà interventricolare con "debanding"; - Pervietà interventricolare con insufficienza aortica. - Sostituzioni valvolari multiple. - By-pass aortocoronarici multipli. - Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico. - Aneurismi aorta toracica. - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio. - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto. - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti. - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici. Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.
CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale. Asportazione tumori dell'orbita. Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.). Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose). Emisferectomia. Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divus per via anteriore. Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto. Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo. Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari. Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.). Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica. Somatotomia vertebrale. Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica.
CHIRURGIA VASCOLARE	Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale. Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti. Resezioni del sacro. Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari. Disarticolazione interscapolo toracica. Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto. Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom- made". Emipelvectomia. Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto. Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca. Vertebrotomia. Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi. Uncoforaminotomia. Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale. Artrodesi per via anteriore. Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio. Interventi per via posteriore con impianti. Interventi per via posteriore senza impianti. Interventi per via anteriore senza impianti. Interventi per via anteriore con impianti.
UROLOGIA	ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto). Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia. Ileo bladder. Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale. Cistoprastatovescicolectomla con ileo bladder. Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali. Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi. Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale. Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale.
GINECOLOGIA	Isterectomia radicale cori linfoadenectomia per tumori maligni per via addominale. Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale. Intervento radicale per carcinoma ovarico.
TRAPIANTI DI ORGANI	Tutti.