



A G E N Z I A   D E L   D E M A N I O

Direzione Centrale Pianificazione, Sistemi, Risorse e Organizzazione

## **CAPITOLATO TECNICO**

# **GARA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA IN FAVORE DEL PERSONALE IMPIEGATIZIO E QUADRO DELL’AGENZIA DEL DEMANIO**



## Indice

1. Premessa.....	3
2. Finalità dell'appalto .....	3
3. Assistiti .....	3
4. Altre Assicurazioni/Assistenze .....	3
5. Oggetto del Piano di Assistenza.....	3
6. Operatività delle garanzie del Piano di Assistenza.....	6
7. Assistenza Diretta .....	7
8. Assistenza Indiretta a rimborso .....	8
9. Esclusioni.....	9
10. Modifiche del Piano di Assistenza.....	9
11. Durata del servizio e cessazione anticipata.....	9
12. Contributi e modalità di versamento.....	9
13. Obblighi di tracciabilità dei pagamenti.....	10
14. Obblighi del contraente .....	11
15. Cauzione .....	11
16. Clausola risolutiva espressa e risoluzione del contratto.....	11
17. Divieto di cessione del contratto e disciplina del subappalto .....	12
18. Controversie .....	12
19. Codice etico .....	12
20. Trattamento dei dati personali.....	13
21. Norme di rinvio.....	13
ALLEGATO 1.....	14

## **1. Premessa**

Il presente Capitolato disciplina gli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria integrativa in favore del personale impiegatizio e quadro dell'Agenzia del Demanio E.P.E., che dovranno essere erogati dall'Aggiudicatario, per il tramite dell'Ente Assistenziale iscritto all'anagrafe dei Fondi Integrativi sanitari di cui al Decreto del Ministero del Lavoro del 27.10.2009, idoneo ad assumere la contraenza del Piano di Assistenza Sanitaria.

## **2. Finalità dell'appalto**

Lo scopo dell'appalto è di garantire la tutela sanitaria integrativa a favore del predetto personale e del rispettivo nucleo familiare.

Le condizioni e le modalità che dovranno essere osservate nell'esecuzione del servizio, sono descritte nel presente Capitolato.

## **3. Assistiti**

Il Piano di Assistenza Sanitaria integrativa è prestato, indipendentemente dall'età, in favore del personale impiegatizio e quadro dell'Agenzia del Demanio E.P.E. in forza al 01.01.2014, nonché per il coniuge o convivente "more uxorio" e figli risultanti dal certificato di stato di famiglia; sono, comunque, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età.

Nel caso di coniugi entrambi dipendenti dell'Agenzia del Demanio, i figli fiscalmente a carico possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

La garanzia è prestata a favore di tutti gli Assistiti, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e si estende anche agli infortuni ed alle malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli Assistiti in copertura.

## **4. Altre Assicurazioni/Assistenze**

Gli assistiti sono esonerati dal dichiarare all'Ente Assistenziale l'eventuale esistenza di altre assistenze/polizze di cui beneficiano per il medesimo rischio.

## **5. Oggetto del Piano di Assistenza**

Il presente Capitolato garantisce le spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, per le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, puntualmente descritte di seguito.

### **RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO**

L'Ente Assistenziale rimborsa tutte le spese di seguito elencate nel paragrafo in oggetto fino alla concorrenza di € 100.000 anno/nucleo.

Il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 750 e il massimo di € 1.500 sulle spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato.

In caso di intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia fissa di € 250 per evento. Lo scoperto non si applica in caso di prestazioni effettuate in regime di convenzionamento diretto e in caso di ricovero che abbia comportato un intervento tra quelli indicati nell'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato 1.

Le prestazioni previste nella presente opzione si intendono prestate indipendentemente e ad integrazione del Servizio Sanitario Nazionale.

**a) In caso di intervento chirurgico, parto cesareo, aborto terapeutico effettuato in regime di ricovero in istituto di cura, Day Hospital o ambulatorio medico per:**

- 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 medico per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250 oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del 50%;
- 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 120 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 € 50 e con il massimo di € 1.200 per annualità assicurativa e nucleo familiare assicurato;
- trasporto dell'Assicurato in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.040 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 1.040 per intervento o ricovero.

**In caso di parto cesareo la Società rimborsa tutte le spese di cui alla presente lettera con il limite di € 15.000 per evento.**

La Società rimborsa le spese sostenute per interventi per la cura e/o l'eliminazione dei difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione, purché motivati da deficit visivo superiore alle 4 diottrie per occhio fino ad un massimo di € 1.500 per intervento.

**b) In caso di ricovero in istituto di cura o in regime di Day Hospital 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;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di € 250; oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del 50%;
- 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 120 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 € 1.040 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero e ritorno, in treno o in aereo di linea, col massimo di € 1.040 per intervento o ricovero.

**c) In caso di ricovero per parto senza taglio cesareo, fino a concorrenza del limite di € 3.000 per evento per:**

- onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero, anche per il neonato;
- le rette di degenza fino al limite giornaliero di € 150; oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del 50%.

**d) Indennità sostitutiva (garanzia non corrisposta in caso di ricovero per parto non cesareo):**

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero o alla degenza in regime di Day hospital, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante la degenza - la Società corrisponde una indennità sostitutiva pari ad € 100 per ogni notte di ricovero in istituto di cura e al 50% di detto importo in caso di Day Hospital, per massimo di 150 giorni per anno/nucleo.

Le eventuali spese sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero o l'intervento e nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento saranno comunque oggetto di rimborso con i limiti e gli scoperti previsti.

## **EXTRAOSPEDALIERE**

Il rimborso delle spese viene effettuato previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni. Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica, fino alla concorrenza di € 3.000 per anno/nucleo per le seguenti prestazioni:

- Radioterapia;
- Doppler;
- Ecocardiografia;
- Laserterapia;
- Scintigrafia;
- Holter;
- Coronarografia;
- Amniocentesi;
- Angiografia;
- Endoscopia;
- Arteriografia;
- Tomografia assiale computerizzata (tac);
- Urografia, agopuntura (purché effettuata da medico specialista);
- Risonanza magnetica nucleare (rmn);
- Cistografia;
- Mineralogia ossea computerizzata (moc);
- Elettromiografia;
- Isterosalpingografia;
- Tomografia ad emissione di positroni (pet);
- Esame urodinamico completo;
- Spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di € 1.100.

## **VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI E DI LABORATORIO**

Il rimborso viene effettuato previa applicazione dello scoperto del 25% per ciascuna prestazione. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

Sono rimborsate le spese sostenute a seguito di malattia od infortunio, fino alla concorrenza della somma di € 1.000 anno/nucleo, per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche generiche, odontoiatriche ed ortodontiche) intendendosi per tali quelle effettuate da medico fornito di regolare specializzazione, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

## **6. Operatività delle garanzie del Piano di Assistenza**

L'Ente dovrà inoltre garantire i seguenti ulteriori requisiti di esecuzione:

- la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di un servizio web/sito internet di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, ove sia possibile scaricare le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato dei centri sanitari convenzionati, la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione della prestazioni

sanitarie. Il servizio deve garantire la possibilità di ottenere informazioni on-line, prenotare una prestazione c/o un operatore facente parte della rete;

- la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di una Centrale Operativa raggiungibile nell'arco della giornata, compresi i giorni festivi attraverso un numero telefonico dedicato nazionale e internazionale che fornisca:

a) un servizio di informazione in merito a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- Assistenza diretta e indiretta;
- Centri medici specializzati;
- Farmaci;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie.

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dal presente Capitolato nelle Strutture Sanitarie Convenzionate.

c) Contatto telefonico di primo soccorso e pareri medici immediati.

Viene garantito un servizio di assistenza, attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, a disposizione dell'Assistito per garantire un consulto medico telefonico in caso di urgenza. Il Servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni, ma fornisce un supporto operativo immediato volto a mettere rapidamente l'assistito in condizione di ottenere quanto necessario.

d) Invio di un medico nei casi di urgenza.

## **7. Assistenza Diretta**

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire, a scelta dell'Assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta ovvero dell'Assistenza Indiretta a rimborso.

Il convenzionamento diretto avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate con l'Ente. L'utilizzo delle Case di Cura e Ospedali Convenzionati solleva l'Assistito dall'anticipazione delle spese, che saranno poi versate alla struttura sanitaria direttamente da parte della Centrale Operativa che gestisce il servizio per conto dell'Ente.

Il servizio di Assistenza Diretta può essere utilizzato per i ricoveri, per gli interventi ambulatoriali e le prestazioni di diagnostica strumentale indicate alla voce "extraospedaliere".

Il servizio di pagamento diretto viene attivato con le modalità di seguito riportate:

### **1) Contatto telefonico con la Centrale Operativa.**

Per accedere al servizio di pagamento diretto occorre che l'Assistito telefoni preventivamente alla Centrale Operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 2 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale Operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi del Piano Sanitario, il Centro convenzionato prescelto, la data della prestazione/ricovero e la diagnosi. L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta del Centro Convenzionato e del medico spetta sempre all'Assistito. La Centrale Operativa è peraltro a disposizione per fornire informazioni sulla rete di Strutture Sanitarie Convenzionate.

## **2) Trasmissione della certificazione medica alla Centrale Operativa ed eventuale colloquio telefonico con il medico della Centrale Operativa stessa.**

Successivamente al primo contatto telefonico - e comunque almeno 2 giorni prima del ricovero - l'Assistito deve trasmettere (anche via fax/mail) alla Centrale Operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorra, l'Assistito verrà contattato da un medico della Centrale Operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

## **3) La risposta della Centrale Operativa.**

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico e della certificazione medica, che la garanzia assicurativa è nella fattispecie operante, la Centrale Operativa garantisce al Centro Convenzionato il pagamento diretto (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) e conferma telefonicamente all'Assistito l'operatività della garanzia, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie. La fattura in originale, debitamente quietanzata, sarà restituita all'Assistito.

Se la Centrale Operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese.

## **4) Accesso al Centro Convenzionato - sottoscrizione dell'Assistito del modulo di autorizzazione al pagamento diretto.**

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso al Centro Convenzionato, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale Operativa al Centro Convenzionato, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

## **8. Assistenza Indiretta a rimborso**

L'Assistito, che per scelta decide di non avvalersi dell'Assistenza Diretta, può anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (Assistenza Indiretta).

L'istanza di rimborso deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché da copia delle fatture, notule, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute.



L'Ente Assistenziale procede al rimborso di quanto spettante all'Assistito entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il diritto dell'Assistito al rimborso si prescrive in 2 anni dalla data del sinistro. Il termine di prescrizione viene interrotto da ogni comunicazione attestante la volontà di richiedere l'indennizzo previsto a termini di Piano Sanitario.

## **9. Esclusioni**

Le prestazioni previste dal presente Capitolato non sono operanti per:

- Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- Chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quella a scopo ricostruttivo necessitata da infortunio o sinistro, nonché per i neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
- Agopuntura non effettuata da medico;
- Infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
- Infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- Protesi e cure dentarie e paradentarie;
- Conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Tutti gli interventi e le procedure finalizzati al trattamento dell'infertilità e all'inseminazione artificiale, compresi gli accertamenti propedeutici agli stessi.

## **10. Modifiche del Piano di Assistenza**

Al Piano di Assistenza Sanitaria integrativa, posto a base di gara, non possono essere apportate, a pena di esclusione, modifiche e/o integrazioni né sollevate eccezioni di alcun tipo.

Eventuali modifiche successive devono essere provate per iscritto.

## **11. Durata del servizio e cessazione anticipata**

La durata del Servizio di Assistenza Sanitaria integrativa oggetto della presente procedura è fissata in 36 (trentasei) mesi a decorrere dalle ore 00.00 del 01/01/2014 e scadenza alle ore 00.00 del 31/12/2016.

È data facoltà all'Agenzia del demanio di dare disdetta al contratto di Assistenza Sanitaria al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità.

## **12. Contributi e modalità di versamento**

Per le prestazioni oggetto del presente Capitolato, l'Agenzia si impegna a versare all'Ente Assistenziale i corrispettivi annui lordi pro capite per dipendenti aderenti all'opzione "single" e per dipendenti aderenti all'opzione "nucleo familiare", comprensivi degli eventuali premi e connessi oneri fiscali, come risultanti dai ribassi offerti in sede di gara:

La scelta del dipendente dell'opzione alla quale aderire deve essere effettuata ad inizio anno e corredata, per gli aderenti con nucleo, da idonea documentazione attestante lo stato di famiglia. Non sono ammesse variazioni in corso d'anno dell'opzione prescelta, fermo restando la possibilità di inserire nuovi assistiti all'interno del nucleo familiare nel caso sia stata scelta tale ultima opzione.

Il Contributo complessivo da versare all'Ente Assistenziale, in forma anticipata all'inizio di ciascun anno, sarà determinato sulla base del numero effettivo delle adesioni degli Assistiti, nonché all'esito della verifica compiuta dall'Agenzia dell'elenco degli aderenti fornito dall'Ente Assistenziale.

Per le adesioni al Piano di Assistenza avvenute nel primo semestre di ciascun anno di durata del servizio si procederà a corresponsione dell'intero corrispettivo annuo, mentre per le adesioni effettuate nel secondo semestre verrà corrisposto il 50% del corrispettivo annuo previsto.

Il pagamento del corrispettivo, nei termini indicati, verrà effettuato entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento dell'atto contabile emesso dall'Ente Assistenziale a seguito delle verifiche di cui sopra, intestato ed inviato in originale all'Agenzia del Demanio, Direzione Generale, Direzione Amministrazione e Finanza, C.F. 06340981007, via Barberini n. 38 00187 Roma e corredato dal numero di CIG 5277246928 e di ODA relativo alla presente commessa, che sarà successivamente comunicato, a mezzo bonifico bancario sul numero di conto corrente dedicato indicato dall'Aggiudicatario.

Il Contributo che l'Agenzia del Demanio corrisponde all'Ente Assistenziale non costituisce reddito per il dipendente e quindi non viene assoggettato a trattenute previdenziali e fiscali.

### **13. Obblighi di tracciabilità dei pagamenti**

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 della legge 136/2010, l'Aggiudicatario si obbliga ad utilizzare il conto corrente bancario o postale dedicato alla commessa che sarà comunicato prima della stipula del contratto unitamente all'indicazione dei soggetti abilitati ad eseguire movimentazioni sullo stesso.

L'Aggiudicatario si impegna a comunicare all'Agenzia, entro 7 giorni, ogni eventuale variazione relativa al predetto conto ed ai soggetti autorizzati ad operare su di esso.

L'Aggiudicatario si obbliga, altresì, ad inserire nei contratti sottoscritti con i subappaltatori e subcontraenti un'apposita clausola, a pena di nullità, con la quale ciascuno di essi assume gli obblighi di tracciabilità finanziaria prescritti dalla citata Legge.

L'Aggiudicatario si impegna a dare immediata comunicazione all'Agenzia ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia di Roma della notizia dell'inadempimento della propria controparte (sub Aggiudicatario/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

L'Aggiudicatario si impegna, inoltre, a trasmettere i predetti contratti all'Agenzia, ai fini della verifica di cui al comma 9 dell'art. 3 della legge n. 136/2010.

L'inadempimento degli obblighi previsti nel presente punto costituisce ipotesi di risoluzione espressa del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.

In caso di cessione del credito derivante dal contratto, il cessionario sarà tenuto ai medesimi obblighi previsti per l'Aggiudicatario nel presente punto e ad anticipare i pagamenti all'Aggiudicatario mediante bonifico bancario o postale sul conto concorrente dedicato.

## **14. Obblighi del contraente**

Il contraente ha l'obbligo di effettuare il servizio con la massima diligenza, conformemente a quanto previsto nel presente capitolato e nel rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Inoltre il contraente si obbligherà altresì:

- ad adempiere a tutti gli obblighi verso i propri dipendenti, in base alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di lavoro e di assicurazioni sociali, nonché in materia di sicurezza, previdenza e disciplina infortunistica, assumendo a proprio carico tutti gli oneri relativi;
- ad osservare la massima riservatezza su notizie o informazioni di qualsiasi natura in ogni modo acquisite nello svolgimento del servizio oggetto dell'appalto;
- a comunicare all'Agenzia ogni informazione ritenuta idonea a dare conoscenza del corretto svolgimento del servizio.

## **15. Cauzione**

L'Aggiudicatario è tenuto a prestare cauzione definitiva ai sensi dell'art. 113 del D.Lgs. 163/06 e secondo le specifiche modalità ivi previste.

Detta cauzione potrà essere prestata a mezzo fidejussione bancaria ovvero polizza fidejussoria assicurativa e dovrà

- essere prodotta obbligatoriamente in originale con espressa menzione dell'oggetto;
- riportare l'espressa dichiarazione che l'Istituto si obbliga a versare all'Agenzia la somma garantita a semplice richiesta della stessa, rinunciando al beneficio della preventiva escussione di cui all'art. 1944 ed alla decadenza di cui all'art. 1957 del Codice Civile e la sua operatività entro 15 giorni a semplice richiesta scritta dell'Agenzia;
- riportare l'autentica da parte di un notaio della sottoscrizione del funzionario che rilascerà la fideiussione o la polizza.

La cauzione definitiva garantisce l'adempimento di tutte le obbligazioni del contratto, il risarcimento dei danni derivanti dall'inadempimento delle obbligazioni stesse, nonché il rimborso delle somme eventualmente sostenute dall'Agenzia in sostituzione del soggetto inadempiente e dei connessi maggiori oneri a qualsiasi titolo sopportati.

L'Aggiudicatario è obbligato a reintegrare immediatamente (e, comunque, nel termine di giorni quindici dalla data di ricevimento della comunicazione) la cauzione di cui l'Agenzia abbia dovuto valersi, in tutto o in parte, durante la vigenza contrattuale.

La cauzione resta vincolata per tutta la vigenza del contratto e sarà svincolata entro due mesi dalla scadenza del medesimo subordinatamente alla verifica della regolarità del servizio svolto e dell'ottemperanza a tutti gli adempimenti ed obblighi contrattuali.

La mancata costituzione della cauzione definitiva determina la decadenza dall'affidamento nei confronti dell'aggiudicatario, fermo restando il risarcimento dei danni nei confronti dell'Agenzia.

## **16. Clausola risolutiva espressa e risoluzione del contratto**

Il contratto potrà essere risolto in tutti i casi di inadempimento di non scarsa importanza, ai sensi dell'art. 1455 c.c., previa diffida ad adempiere, mediante raccomandata a/r, entro un termine non superiore a 15 (quindici) giorni dal ricevimento di tale comunicazione.

L'Agenzia procederà alla risoluzione del contratto per una delle seguenti clausole risolutive espresse:

- grave inadempimento successivo a tre diffide, comunicate ai sensi del comma 1, aventi ad oggetto prestazioni anche di diversa natura;
- applicazione di penali per un importo totale superiore 10% (dieci) dell'importo contrattuale;
- mancata reintegrazione, nel termine di 10 giorni, della cauzione in esito all'escussione della stessa;
- violazione del divieto di cessione del contratto;
- adozione di comportamenti contrari ai principi del Codice Etico dell'Agenzia;
- inadempimento agli obblighi di tracciabilità.

La risoluzione in tali casi opera allorché l'Agenzia comunichi per iscritto con raccomandata a/r all'Aggiudicatario di volersi avvalere della clausola risolutiva ex art 1456 c.c.

In caso di risoluzione sarà corrisposto all'Aggiudicatario il prezzo contrattuale del servizio effettuato, detratte le eventuali penalità e spese di cui ai precedenti punti.

L'Agenzia, ai sensi dell'art. 1373 c.c., si riserva la facoltà di recedere unilateralmente dal contratto, anche laddove esso abbia avuto un principio di esecuzione, fatto salvo il pagamento delle prestazioni effettuate dall'Aggiudicatario.

## **17. Divieto di cessione del contratto e disciplina del subappalto**

E' fatto assoluto divieto all'Aggiudicatario di cedere, a qualsiasi titolo, il contratto a pena di nullità.

Non è ammesso il subappalto per le prestazioni assicurativo/assistenziali, fatta eccezione per le attività amministrative svolte dalla Centrale Operativa.

Qualora l'Aggiudicatario abbia dichiarato di non avvalersi del subappalto ovvero non abbia indicato, in sede di offerta, i servizi da subappaltare, è fatto divieto all'Appaltatore di ricorrere al subappalto. In caso di inosservanza di tale obbligo, l'Agenzia, fermo restando il diritto al risarcimento di ogni danno e spesa, avrà facoltà di risolvere immediatamente il contratto e di commissionare a terzi l'esecuzione delle residue prestazioni contrattuali in danno della Appaltatrice.

Qualora l'Aggiudicatario invece abbia indicato, all'atto dell'offerta, i servizi che intende subappaltare, essendo stato dichiarato in sede di gara, è consentito subappaltare le attività di cui sopra fino alla concorrenza del 30% del valore dell'appalto, nel rispetto delle condizioni di cui all'art.118 del D.Lgs. 163/2006.

## **18. Controversie**

Eventuali controversie derivanti dall'esecuzione del contratto saranno devolute all'Autorità giudiziaria del Foro di Roma.

## **19. Codice etico**

L'Aggiudicatario nell'espletamento dell'incarico si impegna ad osservare il Modello di organizzazione, gestione e controllo dell'Agenzia ex D.Lgs. 231/2001, reperibile sul sito istituzionale, e ad adottare comportamenti in linea con quanto previsto nel Codice Etico dell'Agenzia e, comunque, tali da non esporre l'Agenzia al rischio dell'applicazione delle sanzioni previste dal predetto decreto.

L'inosservanza di tale prescrizione costituirà grave inadempimento contrattuale tale da comportare la risoluzione del contratto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 del codice civile, fermo restando il risarcimento dei danni.

## **20. Trattamento dei dati personali**

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 196/2003 il trattamento dei dati personali avverrà nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza.

## **21. Norme di rinvio**

Per quanto non previsto e in ogni caso non specificato nel contratto ed in ogni altro documento di gara, l'affidamento del servizio è in tutto disciplinato dal D.Lgs. 163/06, dal DPR 207/10 nonché dalle norme vigenti in materia e dal codice civile.

Il Responsabile unico del procedimento  
F.to Valter Gennaro

## ALLEGATO 1

### ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Interventi con esofago plastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Mega-esofago e esofagite da reflusso
- Cardioplastica
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Tumori della trachea
- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
  - \* 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
    - coartazioni aortiche di tipo fetale
    - coartazioni 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 aorto-coronarico
  - \* 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
- 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 sul clivus 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-intradurali 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 trans toracica
- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec; Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custommade"
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Vertebrotonomia
- 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 per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti
- ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovesicoclectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovesicoclectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovesicoclectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale

- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Trapianti