



A G E N Z I A D E L D E M A N I O

Direzione Risorse Umane e Organizzazione

CAPITOLATO TECNICO

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



Via Barberini, 38 – 00187 Roma – Tel. 06/42367 351 - 352 – Fax. 06/50516085

e-mail: dg.risorseumaneeorganizzazione@agenziademanio.it

pec: risorse@pce.agenziademanio.it

Indice

Indice	2
Definizioni dei termini utilizzati.....	3
1. Premessa	5
2. Finalità dell'appalto	5
3. Assistiti	5
4. Altre Assicurazioni/Assistenze	5
5. Adesione del dipendente, inclusione di familiari, esclusioni	5
5.1 Adesione e inclusione di familiari	5
5.2 Esclusioni.....	6
6. Oggetto del Piano di Assistenza	6
6.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico	6
6.2 Extraospedaliere.....	9
6.3 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio.....	10
6.4 Cure oncologiche	11
6.5 Medicina preventiva	11
7. Esclusioni.....	11
8. Assistenza Diretta e Indiretta	12
8.1 Assistenza Diretta.....	12
8.2 Assistenza Indiretta	13
9. Ulteriori garanzie	13
9.1 Portale web, contatto telefonico e indirizzo mail dedicati.....	13
9.2 Centrale Operativa	14
9.3 Responsabile del servizio	15
10. Modifiche del Piano di Assistenza	15
11. Durata del servizio e cessazione anticipata	15
12. Contributi e modalità di versamento	16
13. Obblighi di tracciabilità dei pagamenti.....	16
14. Obblighi del contraente	17
15. Cauzione	17
16. Penali.....	18
17. Risoluzione del contratto, clausole risolutive espresse e recesso.....	18
18. Subappalto.....	19
19. Cessione del contratto e dei crediti	20
20. Procedure di ricorso	20
21. Codice etico e monitoraggio dei rapporti intercorrenti tra l'Agenda e l'Appaltatore ai fini dell'anticorruzione	20
22. Trattamento dei dati personali	21
23. Norme di rinvio	21
24. Accesso agli atti e Accesso Civico	21
25. Responsabile del procedimento	21
26. Forma e spese del contratto.....	21
ALLEGATO 1	23

Definizioni dei termini utilizzati

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una patologia da malattia o infortunio, a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurazione/Assistenza: copertura delle spese sanitarie oggetto del presente capitolato.

Assistito: soggetto beneficiario nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione/assistenza.

Data evento: per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive, anche non in vigore di contratto nei limiti del periodo di post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Day hospital: il ricovero in istituto di Cura che non comporta pernottamento.

Dipendente in servizio: soggetto legato da un rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato con l'Agenzia del Demanio, che abbia superato positivamente il periodo di prova; soggetto legato da un rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato con l'Agenzia del Demanio di durata non inferiore a 8 mesi nell'anno assistenziale di riferimento, che abbia superato positivamente il periodo di prova.

Equipe operatoria/Personale medico: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.

Fondo sanitario o Ente Assistenziale o Cassa di Assistenza: soggetto iscritto all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al D.M. 27/10/2009, abilitato a norma di legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario oggetto del presente capitolato, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'assistito.

Grande intervento chirurgico: ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nel capitolato.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dal fornitore/fondo sanitario all'assistito, a titolo di rimborso a causa di sinistro o evento.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laserchirurgia

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che, per la tipologia dell'atto, non richiede la permanenza dell'assistito in regime di ricovero (diurno e/o con pernottamento) nel post-intervento.

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata (Policlinico Universitario, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico-IRCCS, Ospedale, Clinica, o Casa di Cura) regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna.

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale/Limite di assistenza: gli importi stabiliti nel presente Capitolato che rappresentano le spese massime che il fornitore/fondo sanitario si impegna a prestare nei confronti dell'assistito e relativo nucleo per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medici: professionisti operanti sia in Strutture Sanitarie convenzionate sia in Strutture Sanitarie non convenzionate.

Nucleo Familiare: oltre il dipendente assistito, il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente; il convivente "more uxorio" e i figli conviventi - legittimi o legittimati o naturali o adottivi - risultanti dal certificato di stato di famiglia del dipendente iscritto. Nel nucleo sono comunque compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. Sono esclusi gli altri familiari indicati nell'art. 433 del codice civile.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione/assistenza.

Premio/Contributo: la somma dovuta al fornitore del servizio di assistenza sanitaria integrativa.

"Rete" o "Network": complesso delle strutture sanitarie, pubbliche o private, direttamente convenzionate con la Cassa o la Società, ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire dei Ricoveri e delle prestazioni sanitarie coperte dalla presente Polizza in regime di Assistenza Diretta.

Retta di degenza: importo relativo al costo del trattamento alberghiero e di assistenza medico-infermieristica forniti dalla struttura sanitaria.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento/i nell'istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Scoperto: la percentuale prestabilita della spesa sostenuta che rimane a carico dell'assistito e per la quale il fornitore/ fondo sanitario non riconosce l'indennizzo.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione/assistenza.

Società: la Compagnia di Assicurazione che detiene il rischio

Stazione Appaltante o Ente Contraente: Agenzia del Demanio ente pubblico economico.

Struttura sanitaria convenzionata: istituto di cura come sopra definito, poliambulatorio, centro specialistico e qualunque altra struttura abilitata ad erogare prestazioni diagnostiche e/o ambulatoriali e/o terapeutiche, con cui il fornitore/ ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale.

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'Ente Assistenziale aggiudicatario, 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 è prestato, indipendentemente dall'età, in favore del personale impiegatizio e quadro in servizio in Agenzia del Demanio E.P.E. che abbia superato positivamente il periodo di prova, nonché in favore del nucleo familiare del dipendente assistito, intendendosi per nucleo familiare il coniuge non legalmente separato o divorziato, l'unito civilmente; il convivente "more uxorio" e i figli conviventi - legittimi o legittimati o naturali o adottivi -, purché risultanti dal certificato di stato di famiglia del dipendente.

Nel nucleo sono inoltre compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico fino a 26 anni di età.

Nel caso di genitori entrambi dipendenti dell'Agenzia del Demanio, i figli 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. Adesione del dipendente, inclusione di familiari, esclusioni

5.1 Adesione e inclusione di familiari

L'adesione del dipendente al Piano di Assistenza Sanitaria (opzione "single") e l'inclusione di eventuali familiari previsti (opzione "nucleo familiare") avviene, a scelta del dipendente, al momento dell'attivazione dell'assistenza, nei termini concordati con l'aggiudicatario del servizio.

Successivamente all'attivazione dell'assistenza, l'adesione del singolo dipendente o l'inserimento dei familiari previsti possono avvenire esclusivamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- superamento del periodo di prova;

- matrimonio/costituzione di unione civile/insorgenza di convivenza more uxorio;
- nascita/adozione/affidamento di figli.

In tali casi la copertura decorre dalla data dell'evento, purché l'adesione al piano di assistenza, la variazione dell'opzione da "single" a "nucleo familiare" o l'inclusione di nuovi familiari avvenga, a cura del dipendente, entro il termine di 45 giorni dal giorno dell'evento stesso.

Qualora la comunicazione non pervenga entro tale termine, la copertura decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva a quella in cui è stata effettuata la comunicazione tardiva.

Nel caso di inserimento in assistenza in corso d'anno i massimali di assistenza sono riconosciuti per intero.

Relativamente alle inclusioni in assistenza in corso d'anno, il pagamento dei contributi a carico del datore di lavoro avviene nei termini e con le modalità di cui al paragrafo "Contributi e modalità di versamento".

5.2 Esclusioni

La revoca dalla copertura avviene al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione dal servizio;
- decesso dell'associato o di un suo familiare;
- separazione legale/divorzio;
- venire meno dei requisiti previsti dal presente capitolato per l'inserimento in assistenza di familiari.

L'adesione rimane in ogni caso in essere fino alla scadenza dell'annualità nella quale si è verificato l'evento e pertanto i contributi restano acquisiti.

6. Oggetto del Piano di Assistenza

Il servizio a gara garantisce il pagamento/rimborso delle spese sanitarie resesi necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, di tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, nonché le prestazioni sanitarie, ciascuna con i relativi massimali di copertura, puntualmente descritte di seguito.

6.1 Ricoveri con o senza intervento chirurgico

L'Ente Assistenziale rimborsa tutte le spese elencate nei punti che seguono fino alla concorrenza di € 200.000 anno/nucleo, fatti salvi eventuali sotto limiti espressamente previsti per evento.

In caso di attivazione del regime di convenzionamento diretto, rimane a carico dell'Assicurato uno scoperto del 10% con il massimo di € 1.000

In caso di ricorso a strutture non convenzionate, il rimborso avviene previa applicazione di uno scoperto del 15%, con il minimo di € 500 e il massimo di € 1.500 sulle spese effettivamente sostenute e documentate dall'assistito.

In caso di intervento ambulatoriale viene applicata una franchigia fissa di € 250 per evento sia in caso di assistenza diretta che indiretta.

Lo scoperto non si applica in caso di ricovero che abbia comportato un intervento tra quelli indicati nell'Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato 1.

Lo scoperto e la franchigia non vengono applicati, inoltre, nel caso in cui l'assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto.

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, di Day Hospital o in ambulatorio medico, sono assicurate le spese 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 € 350; 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, accertamenti diagnostici 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'assistito con il limite giornaliero di € 50 e con il massimo di € 1.200 per annualità assicurativa e nucleo familiare assistito;
- trasporto dell'assistito in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.040 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'assistito 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** sono assicurate tutte le spese di cui alla presente lettera con il limite di € 15.000 per evento.

L'Ente Assistenziale rimborsa inoltre 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, sono assicurate le spese 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 € 350; oltre tale limite il rimborso delle spese in eccedenza avverrà con uno scoperto del 50%;
- esami, accertamenti diagnostici 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'assistito in autoambulanza all'istituto di cura e viceversa, col massimo di € 1.040 per intervento o ricovero;
- trasporto dell'assistito 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, sono assicurate le spese 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'assistito 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, l'Ente Assistenziale 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 un 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.

6.2 Extraospedaliere

La Società paga/rimborsa, previa presentazione della prescrizione medica riportante il quesito diagnostico, fino alla concorrenza di € 4.500 per anno/nucleo, le seguenti prestazioni:

- amniocentesi oltre il 35° anno di età (anche senza quesito diagnostico) o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto;
- test DNA fetale su sangue materno;
- accertamenti endoscopici
- agoaspirato;
- agopuntura (purché effettuata da medico specialista);
- angiografia;
- artrografia;
- arteriografia digitale;
- broncografia;
- broncoscopia;
- cardiotaq;
- chemioterapia;
- cisternografia;
- cistografia;
- cistouretrografia;
- clisma opaco;
- cobaltoterapia;
- colangiografia (anche percutanea);
- colecistografia;
- colonscopia;
- coronografia;
- dacriocistografia;
- defecografia;
- diagnostica radiologica;
- dialisi;
- doppler;
- duodenoscopia;
- ecocardiografia;
- ecodoppler;
- ecocolordoppler;
- ecografia;
- elettroencefalogramma;
- elettromiografia;
- esame citologico;
- esame istologico;
- esame urodinamico completo;
- esofagoscopia;
- fistelografia;
- flebografia;
- fluorangiografia;
- galattografia;

- gastroscopia;
- holter;
- isterosalpingografia;
- laserterapia (anche a scopo antalgico);
- linfografia;
- mammografia (anche digitale);
- mielografia;
- moc;
- palonscopia;
- pet;
- radioterapia;
- radionefrogramma;
- retinografia;
- rettoscopia;
- rx esofago con mezzo di contrasto;
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto;
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto;
- risonanza magnetica nucleare (incluso angio rmn);
- scialografia;
- scintigrafia;
- spect;
- splenoportografia;
- tac anche virtuale;
- telecuore;
- urografia;
- vesciculodeferentografia;
- videoangiografia;

La Società, inoltre, rimborsa le spese sostenute per l'acquisto e riparazione di protesi ortopediche e apparecchi acustici fino a concorrenza dell'importo di € 1.100 per anno e per nucleo, senza applicazione di franchigie e/o scoperti.

In caso di attivazione del regime di convenzionamento diretto, rimane a carico dell'Assicurato una franchigia pari a € 30 per prestazione o ciclo di cura

In caso di ricorso a strutture non convenzionate, il rimborso avviene previa applicazione di una franchigia di € 75 per prestazione o ciclo di cura

I ticket SSN vengono rimborsati al 100%

6.3 Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio

Sono riconosciute le spese, fino alla concorrenza della somma di € 2.500 anno/nucleo, per visite specialistiche (escluse comunque le visite pediatriche generiche, odontoiatriche ed ortodontiche) effettuate da medico fornito di regolare specializzazione, analisi ed esami diagnostici non rientranti nell'elenco di cui all'art. 6.2 e di laboratorio, purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati.

In caso di attivazione del regime di convenzionamento diretto, rimane a carico dell'Assicurato una franchigia pari a € 30 per prestazione

In caso di ricorso a strutture non convenzionate, il rimborso avviene previa applicazione di una franchigia di € 50 per prestazione.

I ticket SSN vengono rimborsati al 100%

6.4 Cure oncologiche

Nei casi di malattie oncologiche, l'Ente Assistenziale riconosce, le spese sostenute per visite, accertamenti diagnostici, terapie (chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti ecc.) e spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, con massimale autonomo di 3.000,00 euro per anno/nucleo.

La presente garanzia ed il relativo massimale operano in via prioritaria rispetto ai massimali previsti nei punti 6.1, 6.2 e 6.3 (che saranno, pertanto, utilizzati dopo l'esaurimento del suddetto massimale di euro 3.000,00).

6.5 Medicina preventiva

La Società paga, previa applicazione di una franchigia di € 25 per pacchetto check-up, le spese per gli esami di seguito elencati effettuati a scopo preventivo:

Per gli assicurati di sesso maschile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), l'accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografia dell'addome;

Per gli assicurati di sesso femminile: visita cardiologica con ECG anche sotto sforzo (su indicazione medica), visita ginecologica comprensiva dei relativi accertamenti (pap test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale);

Per tutti gli assicurati sono previsti i seguenti esami sangue: ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, tempo di protrombina parziale (PTT), tempo di protrombina(PT), VES, esame delle urine, una ricerca di sangue occulto nelle feci (hemocult), una visita dermatologica per controllo nei con esame della cute.

Ogni assicurato, anche appartenente allo stesso nucleo familiare, può usufruire della garanzia una volta per annualità assicurativa

7. 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 parodontarie;
- 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.

8. Assistenza Diretta e Indiretta

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

8.1 Assistenza Diretta

Il convenzionamento diretto avviene attraverso una Rete di Strutture Convenzionate con il fornitore. L'utilizzo della rete di Strutture Convenzionate solleva l'assistito dall'anticipazione delle spese, che sono versate alla Struttura sanitaria direttamente da parte dell'Ente Assistenziale.

Il servizio di Assistenza Diretta può essere utilizzato per i ricoveri con o senza intervento chirurgico, per gli interventi ambulatoriali, per le prestazioni indicate alla voce "extraospedaliere", per le visite specialistiche ed esami diagnostici di laboratorio e per le cure oncologiche di cui al paragrafo 6.4.

Il servizio di convenzionamento diretto viene attivato ordinariamente attraverso l'accesso dell'assistito sul portale web messo a disposizione dall'Ente Assistenziale ovvero, in caso di impossibilità, via contatto telefonico, via fax o mail.

L'attivazione del servizio deve avvenire almeno 3 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti.

La Centrale Operativa dell'Ente Assistenziale è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

La scelta del Centro Convenzionato e del medico spetta sempre all'assistito.

L'attivazione del convenzionamento diretto prevede la trasmissione, a cura dell'assistito e con gli stessi canali dell'attivazione del servizio, della certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorra, l'assistito verrà contattato per l'acquisizione di ulteriori informazioni. L'operatività della garanzia e l'autorizzazione al convenzionamento diretto è confermato per iscritto dall'Ente Assistenziale alla Struttura medica e direttamente all'assistito, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal Piano di Assistenza Sanitaria, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Il Centro Convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa dell'Ente Assistenziale 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 l'Ente Assistenziale 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 formale e tempestiva notizia 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 secondo quanto previsto al punto che segue "Assistenza Indiretta".

Qualora il convenzionamento con l'Assicuratore riguardi l'Istituto di Cura e non anche il personale medico, è previsto il trattamento delle spese dell'Istituto di Cura secondo le regole dell'Assistenza diretta, mentre il rimborso delle spese del personale medico avviene con le modalità ed i limiti previsti per le prestazioni in regime di Assistenza Indiretta.

8.2 Assistenza Indiretta

L'assistito che per scelta decida 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 30 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

Il fornitore dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso.

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. Ulteriori garanzie

L'Ente Assistenziale dovrà garantire i seguenti ulteriori requisiti di esecuzione.

9.1 Portale web, contatto telefonico e indirizzo mail dedicati

L'Ente Assistenziale garantisce la disponibilità, al momento della stipula del contratto, di un portale web/sito internet, di facile accessibilità da parte dei soggetti assistiti, che, anche allo scopo di evitare il più possibile l'utilizzo del supporto cartaceo, consenta agli assistiti di:

- aderire al Piano di Assistenza Sanitaria in formula "single" o "nucleo" e apportare variazioni (inserire o escludere i familiari previsti) allegando la necessaria documentazione;
- attivare le richieste di assistenza diretta e indiretta, allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa, in ottemperanza alla disciplina del Codice per la protezione dei dati personale, sia in termini di informativa al trattamento che in termini di misure di sicurezza;
- scaricare le Condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato delle Strutture Sanitarie convenzionate, la modulistica di supporto all'assistito nell'ipotesi di attivazione del servizio via fax o mail;
- prenotare una prestazione presso un operatore facente parte della rete convenzionata;

- visualizzare lo stato delle pratiche di rimborso inserite o delle richieste di assistenza diretta attivate e ottenere informazioni e assistenza circa la gestione/definizione delle stesse, con possibilità di regolarizzazione di quelle sospese;
- ricevere assistenza per la risoluzione di problematiche inerenti l'utilizzo del portale;
- visualizzare e stampare un elenco 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.

L'Ente Assistenziale garantisce, inoltre, un servizio di informazione e assistenza attraverso **contatto telefonico e indirizzo mail dedicati** in merito a:

- Piano di Assistenza Sanitaria in Agenzia del Demanio;
- pratiche individuali in assistenza diretta e indiretta o altre prestazioni attivate o da attivare previste dal Piano dell'Agenzia del Demanio;
- problematiche inerenti l'utilizzo del portale web (in ordini a iscrizioni, variazioni, inserimenti documentazione etc.).

9.2 Centrale Operativa

L'Ente Assistenziale garantisce 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 assicura:

- un **servizio di informazione** in merito a:
 - o strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni)
 - o assistenza diretta e indiretta
 - o centri medici specializzati
 - o farmaci
 - o indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria
- un **servizio di prenotazione** per le prestazioni sanitarie garantite dal presente Capitolato nelle Strutture Sanitarie Convenzionate
- un **Contatto telefonico di primo soccorso** e pareri medici immediati.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, in lingua italiana, un proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario di carattere generale. I medici di guardia non possono in alcun caso fornire diagnosi o prescrizioni.

- l'invio di un **medico nei casi di urgenza** (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'assistito con ambulanza ad un pronto soccorso.

- **l'invio di un'ambulanza** (validità territoriale Italia).

Qualora l'assistito, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di:

- essere trasportato dal luogo dell'infortunio o della malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;
- essere trasportato dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricoverato presso un altro centro ospedaliero;
- rientrare al proprio domicilio a seguito di dimissione da un centro ospedaliero e, a giudizio del medico curante, non possa utilizzare un mezzo diverso dall'autoambulanza.

la Centrale Operativa, 24 ore su 24, invia direttamente l'autoambulanza tenendo a proprio carico il costo sino a un massimo di 100 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

9.3 Responsabile del servizio

Dalla data di attivazione del Contratto, l'Ente Assistenziale dovrà mettere a disposizione dell'Agenzia 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 e coordinare le attività dell'Ente Assistenziale nei rapporti con l'Agenzia, anche con riferimento alle attività amministrativo/contabili con l'Agenzia, alla reportistica, agli aggiornamenti su nuove iscrizioni e nuovi inserimenti/cancellazioni in corso d'anno, all'andamento dei sinistri, alla stipula delle convenzioni con strutture, nonché quello di gestire eventuali richieste e gli eventuali reclami da parte dell'Agenzia ovvero richieste di chiarimento e assistenza in merito a problematiche particolari da parte degli assistiti.

10. Modifiche del Piano di Assistenza

Al Piano di Assistenza Sanitaria assicurato dall'aggiudicatario del servizio 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 Piano di Assistenza Sanitaria oggetto della presente procedura è fissata in 36 (trentasei) mesi a decorrere dalla data della comunicazione di avvio del servizio da parte del Responsabile del Procedimento.

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

Ove necessario, la durata del contratto in corso di esecuzione può essere prorogata ai sensi dell'art. 106, co. 11, del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente, ivi incluso il tempo necessario per la stipula del contratto. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni o più favorevoli per l'Agenzia.

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 pro-capite per dipendenti aderenti all'opzione "single" e per dipendenti aderenti all'opzione "nucleo familiare", come risultanti dai ribassi offerti in sede di gara.

La scelta dell'opzione alla quale aderire ("single" o "nucleo") deve essere effettuata, a cura dei dipendenti in servizio, all'inizio dell'avvio del servizio di Assistenza Sanitaria e deve essere corredata, per gli aderenti con nucleo, da idonea documentazione attestante la composizione del nucleo familiare. Non sono ammesse variazioni in corso d'anno dell'opzione prescelta, fatte salve le ipotesi di variazioni previste al paragrafo 5.1.

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, all'esito della verifica compiuta dall'Agenzia dell'elenco degli iscritti fornito dall'Ente Assistenziale.

Per le adesioni al Piano di Assistenza o variazioni avvenute nel primo semestre dell'anno di assistenza è dovuto al fornitore il 100% del premio annuo, mentre per le adesioni o variazioni avvenute nel secondo semestre dell'anno di assistenza è dovuto al fornitore il 50% del premio annuo.

In tali ipotesi di adesioni/variazioni in corso di anno, il pagamento dei contributi avviene a conguaglio all'inizio dell'annualità successiva unitamente al pagamento dei contributi annuali.

Il pagamento del corrispettivo, nei termini indicati, verrà effettuato a mezzo di bonifico bancario sul numero di conto corrente dedicato indicato dall'Aggiudicatario entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento dell'atto contabile emesso dall'Ente Assistenziale in modalità elettronica mediante Sistema di Interscambio (SDI), intestato ed inviato all'Agenzia del Demanio – Via Barberini, 38 – 00187, C.F.: 06340981007, riportando obbligatoriamente all'interno del tracciato il Codice IPA OG7RMZ, il CIG, il numero di protocollo del contratto e di ODA relativo alla presente commessa.

Ai fini del pagamento, l'Agenzia effettuerà le verifiche sulla regolarità contributiva dell'aggiudicatario, nonché le verifiche di cui all'art. 48 bis del DPR 602/1973 secondo le modalità previste dal D.M. 40/2008.

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 n. 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 costituire una garanzia, in conformità all'art. 103 del D.Lgs. 50/2016, denominata "garanzia definitiva" a sua scelta sotto forma di cauzione o fideiussione con le modalità di cui all'art. 93, commi 2 e 3 del Codice, secondo lo schema-tipo previsto dal MISE con D.M. 31/2018.

Detta garanzia deve:

- essere prodotta in originale con espressa menzione dell'oggetto;
- prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale di cui all'art. 1944, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2, del Codice Civile e la sua operatività entro 15 giorni a semplice richiesta scritta dell'Agenzia;

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.

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 l'esecuzione del contratto.

Lo svincolo dell'80% dell'importo della garanzia fideiussoria avverrà ai sensi dell'art. 103, comma 5, del Codice. Il restante 20% verrà svincolato al termine del periodo contrattuale, sempre che l'Appaltatore abbia soddisfatto tutti gli obblighi contrattuali. 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. Penali

L'ente si riserva la facoltà di applicare le penali di seguito specificate in caso di inadempimento, di non corretto adempimento anche di obblighi strumentali, ovvero di ritardo nell'adempimento.

In relazione ai servizi di assistenza sanitaria:

- per le prestazioni in convenzione diretta, in caso di mancata risposta (autorizzazione o motivato diniego) entro i termini stabiliti dall'art. 8.1 del capitolato, la penale è pari a euro 500,00;
- per le prestazioni in forma indiretta, in caso di mancato rispetto dei termini fissati dall'art. 8.2 del capitolato, la penale, per ogni giorno di ritardo, è pari all'1 per mille dell'importo richiesto a rimborso con un minimo di euro 50,00, fermo restando il diritto dell'assistito alla corresponsione degli interessi di mora secondo quanto previsto dai medesimi capitolati;
- per entrambe le tipologie di prestazioni, nel caso in cui risultino palesemente generiche, ovvero nel caso in cui risultino insussistenti o infondate le ragioni poste a fondamento del diniego, la penale è pari a euro 1.000,00.

In relazione agli obblighi di reportistica:

- in caso di violazione dei termini che verranno concordati per la trasmissione dei report sui sinistri, la penale è pari ad euro 2.500,00 per ogni singolo inadempimento o ritardo.

L'ammontare complessivo delle penali non potrà comunque superare il 10% del valore contrattuale.

Le penali verranno comminate previa valutazione delle circostanze che hanno determinato gli inadempimenti o i ritardi nell'adempimento e delle eventuali motivazioni addotte dalla Cassa a giustificazione degli stessi.

Resta ferma la possibilità di risolvere il contratto e, in ogni caso, di chiedere il risarcimento dei danni ulteriori.

17. Risoluzione del contratto, clausole risolutive espresse e recesso

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 PEC o raccomandata a/r, entro un termine non superiore a 15 (quindici) giorni dal ricevimento di tale comunicazione.

Fermo restando quanto previsto dall'art. 108 del Codice, cui si rinvia, costituirà motivo di risoluzione espressa del contratto, salva e impregiudicata ogni pretesa risarcitoria della Stazione Appaltante, il verificarsi anche di una soltanto delle seguenti situazioni:

- a) grave inadempimento commesso successivamente a tre inadempienze, anche di diversa natura, oggetto di diffida ai sensi del comma 1;

- b) mancata reintegrazione della garanzia definitiva di cui all'art. 15 del presente Capitolato;
- c) applicazione di penali per un importo totale superiore al 10% dell'importo contrattuale complessivo;
- d) inosservanza degli obblighi in materia di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 13 del presente Capitolato;
- e) adozione di comportamenti contrari ai principi del Codice Etico dell'Agenzia;
- f) violazione di norme riguardanti il subappalto ovvero il divieto di cessione a terzi del Contratto;
- g) violazione degli impegni anticorruzione assunti con la sottoscrizione del Patto di integrità;
- h) perdita dei requisiti prescritti per la partecipazione alla procedura di gara.

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

In caso di risoluzione sarà dovuto all'Aggiudicatario il prezzo contrattuale del servizio calcolato in relazione alle mensilità in cui la copertura ha avuto corretta esecuzione, detratte le eventuali 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 mensilità in cui la copertura ha avuto corretta esecuzione.

In caso di mancato accordo tra le parti ai sensi del paragrafo 3.4 del Disciplinare, rubricato "Revisione del prezzo", l'aggiudicatario può recedere dal contratto di assicurazione.

In tal caso, il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al punto a) del paragrafo del Disciplinare "Revisione del prezzo" presentata dall'aggiudicatario ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo paragrafo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta dell'Agenzia.

Qualora alla data di effetto del recesso l'Agenzia non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, l'aggiudicatario s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 180 giorni. L'Agenzia contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

18. Subappalto

È ammesso il subappalto ai sensi e per gli effetti dell'art. 105 del D.Lgs. 50/2016 a condizione che il concorrente ne faccia espressa menzione nell'offerta e la quota dell'appalto che intende affidare a terzi, nei limiti di quanto previsto dalla predetta disposizione, salva la verifica del possesso, in capo ai subappaltatori, dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

In caso di subappalto l'Agenzia non corrisponderà direttamente ai subappaltatori l'importo dovuto per le prestazioni eseguite se non nei casi previsti dall'art. 105, comma 13 del D.Lgs. 50/2016.

19. Cessione del contratto e dei crediti

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

La cessione dei crediti per i corrispettivi delle prestazioni comprese nel contratto oggetto del presente capitolato è consentita nei casi, entro i limiti e con le modalità stabilite nell'art. 106, comma 13 del D. Lgs. 50/2016 e, in ogni caso, con riserva di rifiuto da parte dell'Agenzia.

20. Procedure di ricorso

Eventuali ricorsi potranno essere presentati nel termine di 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione del bando di gara.

L'organo competente per le procedure di ricorso è il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, sito in Via Flaminia, n. 189, CAP. 00196 Roma.

21. Codice etico e monitoraggio dei rapporti intercorrenti tra l'Agenzia e l'Appaltatore ai fini dell'anticorruzione

L'appaltatore si impegna ad osservare il Modello di organizzazione, gestione e controllo dell'Agenzia ex d.lgs. 231/2001 s.m.i, reperibile sul sito istituzionale ed a tenere un comportamento in linea con il relativo Codice Etico e, comunque, tale da non esporre l'Agenzia al rischio dell'applicazione delle sanzioni previste dal predetto decreto. L'inosservanza di tale impegno costituisce grave inadempimento contrattuale e legittima l'Agenzia a risolvere il contratto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1456 c.c.

L'appaltatore si impegna, inoltre, a manlevare l'Agenzia da eventuali sanzioni o danni che dovessero derivare a quest'ultima dalla violazione dell'impegno di cui al comma 1.

L'appaltatore che, per qualsiasi motivo, venga a conoscenza di situazioni particolari in capo alle attività dell'Agenzia o alle strutture dell'ufficio (ubicazione impianti, codici di sblocco dei sistemi, dati, etc.), è obbligato alla massima riservatezza nei confronti di qualunque soggetto esterno, sia in corso di svolgimento del servizio sia in casi di risoluzione o naturale decorso dei termini contrattuali.

L'aggiudicatario, ai fini della stipula del contratto, dovrà altresì dichiarare, ai sensi della Legge 190/2012, per sé e per i soci facenti parte della compagine sociale che non sussistono/che sussistono relazioni di parentela o affinità con i dipendenti dell'Agenzia e che non è stata corrisposta o promessa alcuna utilità, regalia o compenso di alcun tipo a dipendenti dell'Agenzia per facilitare la conclusione del contratto o l'esecuzione dello stesso.

Inoltre, l'aggiudicatario sarà chiamato a dichiarare all'interno del Patto d'Integrità che non sono stati conferiti incarichi professionali o attività lavorative ad ex dipendenti dell'Agenzia del Demanio che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, per conto della stessa, nei propri confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

22. Trattamento dei dati personali

I dati personali forniti dai partecipanti saranno trattati, anche in maniera automatizzata e nel rispetto della normativa in vigore, esclusivamente per le finalità di esperimento della gara, nonché, limitatamente al solo aggiudicatario, per la successiva stipulazione e gestione del contratto. In particolare, il trattamento dei dati personali si propone la finalità di consentire l'accertamento dell'idoneità dei concorrenti in relazione alla gara di cui trattasi. Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria, nel senso che il concorrente, se intende partecipare alla gara, deve rendere le prescritte dichiarazioni a pena di esclusione. I dati possono essere comunicati, in applicazione delle vigenti disposizioni normative, ai competenti uffici pubblici, nonché agli altri concorrenti che esercitino il diritto di accesso ai documenti di gara. I diritti spettanti all'interessato sono quelli di cui al Capo III e VIII del GDPR (Regolamento Europeo sulla Privacy 679/2016/UE). L'interessato ha diritto alla rettifica e all'integrazione dei dati personali, alla cancellazione, alla limitazione del trattamento, nei casi previsti dalla normativa.

I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario al raggiungimento delle finalità per le quali sono stati conferiti e successivamente per l'adempimento degli obblighi di legge connessi e conseguenti alla presente procedura.

Titolare del trattamento dei dati l'Agenzia del Demanio contattabile all'indirizzo email demanio.dpo@agenziademanio.it. 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.

23. Norme di rinvio

Per quanto non previsto e in ogni caso non specificato nel contratto, nel disciplinare, nel capitolato ed in ogni altro documento di gara, l'affidamento del servizio è in tutto disciplinato dal D.Lgs. 50/2016 nonché dalle norme vigenti in materia e dal codice civile.

24. Accesso agli atti e Accesso Civico

Il diritto di accesso agli atti sarà consentito nei limiti di cui agli art. 53 del D.Lgs. 50/2016 e secondo le modalità di cui al Regolamento dell'Agenzia del Demanio sulla disciplina della Legge 241/1990 (pubblicato sulla GURI Serie Generale n. 35 del 12 febbraio 2016) ed il diritto di accesso civico in conformità a quanto prescritto dal D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97.

25. Responsabile del procedimento

Il Responsabile del Procedimento è il dott. Valter Gennaro in servizio presso l'Agenzia del Demanio – Direzione Risorse Umane e Organizzazione, Via Barberini n. 38, Roma.

26. Forma e spese del contratto

Il contratto sarà stipulato ai sensi dell'art. 32, comma 14 del D.lgs 50/2016, in modalità elettronica secondo le norme vigenti per ciascuna stazione appaltante, in forma pubblica amministrativa a cura dell'Ufficiale rogante della stazione appaltante.

Tutti gli oneri relativi alla stipula del contratto, ivi comprese le spese per la registrazione ed ogni relativo onere fiscale, esclusa soltanto l'IVA come per legge, devono essere integralmente sostenute dall'Aggiudicatario.

Il Responsabile unico del procedimento
F.to Valter Gennaro

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

A. Interventi di chirurgia toracica

- Gozzo retrosternale con mediastinotomia

B. Interventi di chirurgia generale

- 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
- Colectomia totale
- Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- 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
- 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
- Proctocolectomia totale
- Trapianti

C. Interventi di cardiocirurgia

- Cardioplastica
- 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

D. Interventi di chirurgia vascolare

- Operazioni sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

E. Interventi di chirurgia pediatrica

- 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

F. Ortopedia e Traumatologia

- 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”
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie “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

G. Urologia

- 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
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale

H. Ginecologia

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico

I. Otorinolaringoiatria

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari