
PROCEDURA DI GARA APERTA, IN AMBITO COMUNITARIO, FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI ALLA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2026-2027 DELL’AUTORITÀ DI REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBIENTE

PROCEDURA DI GARA APERTA CIG B52D4FDA93

Ramo Sanitario

**EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA DELL’AUTORITÀ DI
REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBINETE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI
SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO, PARTO**

Capitolato n. 2 “ASSISTENZA AGGIUNTIVA”

Definizioni

Ai fini del presente Capitolato “Assistenza aggiuntiva” si stabiliscono le seguenti definizioni:

AUTORITÀ: l’Autorità di Regolazione per Energia Reti e Ambiente.

CASSA DI ASSISTENZA: il soggetto con finalità assistenziale in possesso di iscrizione all’Anagrafe dei Fondi integrativi sanitari di cui al decreto del Ministero del lavoro 27 ottobre 2009 e abilitato, a norma di legge, a ricevere i contributi, ai fini dei benefici fiscali e contributivi connessi alla presenza di un ente con finalità esclusivamente assistenziali, aggiudicatario della procedura di gara CIGB52D4FDA93.

BROKER: la società INSER S.p.a..

CODICE: il decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36.

CONVENZIONE: la Convenzione che l’Autorità stipulerà con la Cassa di assistenza - secondo lo schema contenuto nel documento “Schema di convenzione generale” - al fine di disciplinare l’esecuzione complessiva delle coperture assicurative oggetto della procedura di gara CIG B52D4FDA93.

CAPITOLATO n. 1: lo schema di polizza denominato “Assistenza Base” che - nella sua versione definitiva come risultante dall’offerta qualitativa ed economica presentata in sede di gara - disciplina le condizioni di assicurazione.

CAPITOLATO: il presente documento denominato “Assistenza Aggiuntiva” che - nella sua versione definitiva come risultante dall’offerta qualitativa ed economica presentata in sede di gara - disciplina le condizioni di assicurazione.

ASSICURATO: i soggetti per i quali viene stipulata l’assicurazione/assistenza come individuati nel presente Capitolato.

TITOLARE: il Dipendente in servizio presso l’Autorità legato da un rapporto di lavoro subordinato con l’Autorità (sia dipendenti a tempo indeterminato che a tempo determinato), i Componenti del Collegio dell’Autorità, nonché il personale che presta servizio presso l’Autorità in posizione di distacco o fuori ruolo

DIPENDENTE IN QUIESCENZA: il soggetto che ha cessato per quiescenza il rapporto di lavoro subordinato con l’Autorità

ASSISTITO: il Titolare e il Dipendente in quiescenza

ART. 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA

Nell'ambito del complessivo piano sanitario dell'Autorità di cui alla Convenzione, il presente Capitolato disciplina l'assistenza aggiuntiva - ad integrazione di quella base disciplinata dal Capitolato n. 1 - della copertura assicurativa "*spese mediche sostenute in conseguenza di infortunio, malattia o parto*" ricompresa nel "Ramo sanitario" di cui alla procedura di gara CIG B52D4FDA93

In particolare, la Cassa, **si impegna** - sulla base di quanto concordato sia tramite la Convenzione che il presente Capitolato - **ad erogare** agli Assicurati ed ai rispettivi familiari (con trattamento differenziato in funzione del proprio regime fiscale), **rimborsi di spesa e contributi economici sostenuti per i casi di infortunio, malattie o parto**, indipendentemente da accertamento medico.

La gestione del programma riferito all'Assistenza aggiuntiva disciplinato nel presente Capitolato deve intendersi aggiuntivo ed integrante all'assistenza base di cui al Capitolato n. 1 ed avverrà secondo le condizioni, anche in termini di individuazione dei soggetti assicurati, le modalità ed entro i limiti che sono esplicitati nel presente Capitolato ed integrato da tutte le condizioni riportate nel citato Capitolato n. 1.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi - secondo limiti, termini e modalità riportate nel seguito del presente Capitolato - a:

- strutture sanitarie private e/o pubbliche convenzionate con la Cassa (assistenza diretta);
- strutture sanitarie private e/o pubbliche non convenzionate con la Cassa;
- servizio sanitario nazionale.

ART. 2 - SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO

L'assistenza aggiuntiva, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo art. 3, è prestata a favore degli Assistiti già inseriti nell'Assistenza base di cui al Capitolato n. 1; l'inserimento di uno degli Assistiti comporta l'obbligatoria inclusione di tutti gli altri soggetti assistibili inseriti nell'Assistenza base.

Per i familiari assistibili, che non sono inseriti nell'Assistenza base in quanto fruiscono di "analoga assistenza", l'inclusione è facoltativa.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi - secondo limiti, termini e modalità riportate nel seguito del presente Capitolato - a:

- strutture sanitarie private e/o pubbliche convenzionate con la Cassa (assistenza diretta);
- strutture sanitarie private e/o pubbliche non convenzionate con la Cassa;
- servizio sanitario nazionale.

L'assistenza è operante:

- ad integrazione dell'Assistenza base di cui al Capitolato n. 1;
- senza limitazioni territoriali e cioè in tutto il mondo;

Al superamento del 75° anno di età è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico.

Per i soggetti tenuti alla compilazione del questionario anamnestico il diritto alle prestazioni è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta entro 30 giorni dalla richiesta.

Per effetto di quanto indicato nel questionario, la Cassa può introdurre limitazioni dell'assistenza - motivandole per iscritto anche in contraddittorio con l'interessato - che decorrono dall'1 gennaio 2026 ovvero dall'anno assistenziale successivo a quello in cui l'Assicurato abbia compiuto 75 anni.

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

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

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

ART. 3 – PRESTAZIONI

a) PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI PRESSO OSPEDALI O ALTRE CASE DI CURA

a.1 Aumento massimali

Il massimale pari a 350,00 euro/giornalieri, previsto per le rette di degenza di cui all'art. 5, lettera a), punto 1 quarto item, all'art. 5, lettera a), punto 2 secondo item, all'art. 5, lettera a), punto 3 secondo item ed all'art. 5, lettera b), punto 3 (iii) del Capitolato n. 1 viene aumentato al valore di 450,00 euro/giornalieri.

a.2 Aumento indennità sostitutiva

L'indennità sostitutiva pari a 200,00 euro per ciascun giorno di degenza, di cui all'art. 5, lettera b), punto 2 (i), del Capitolato n. 1 viene aumentata al valore di 300,00 euro per ciascun giorno di degenza.

a.3 Parto cesareo

Il limite stabilito all'art. 5, lettera a), punto 1, del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 10.000,00 per evento] viene aumentato di un valore di euro 2.000,00 per evento.

a.4 Parto fisiologico

Il limite stabilito all'art. 5, lettera a), punto 3, del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 5.000,00 per evento] viene aumentato di un valore di euro 2.000,00 per evento.

a.6 Interventi oculistici di chirurgia refrattiva e con laser ad eccimeri

I limiti stabiliti all'art. 5, lettera a), punto 1, del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 1.000,00 euro per occhio e per anno, con il limite di 2.000,00 euro per anno e per nucleo] vengono elevati a 2.000,00 euro per occhio e per anno, con il limite di 4.000,00 euro per anno e per nucleo, fermo il resto.

a.7 Protesi anatomiche e apparecchi acustici

Il limite stabilito all'art. 5, lettera d), punto d.1, del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 3.000,00 euro] viene aumentato di un valore pari a 2.000,00 euro.

a.8 Cure oncologiche e dialisi

Il limite stabilito all'art. 5, lettera e), del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 50.000,00 euro] viene aumentato di un valore pari a 5.000,00 euro.

a.9 Trattamenti fisioterapici, massoterapici, osteopatici e chiropratici

Il limite stabilito all'art. 5, lettera g), del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 1.500,00 euro] viene aumentato di un valore pari a 1.000,00 euro.

a.10 Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica

Il limite stabilito all'art. 5, lettera i), del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 900,00 euro] viene aumentato di un valore pari a 300,00 euro.

a.11 Lenti e occhiali

I limiti stabiliti all'art. 5, lettera j), del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 300,00 euro per lenti a contatto e 500,00 euro per occhiali da vista] vengono aumentati rispettivamente di un valore pari a 50,00 euro e 150,00 euro.

a.12 Convalescenza

La Cassa di assistenza eroga, nei casi in cui successivamente ad un ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale vengono prescritti dal medico curante giorni di convalescenza, un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

L'indennità sarà pari a **50,00** euro/giornalieri fino ad un massimo di 15 giorni anno/nucleo

a.14 Fecondazione assistita

L'ammontare massimo del contributo erogabile stabilito all'art. 5, lettera m), 2° cpv, del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 2.000,00 euro e per un massimo di 2 volte nell'anno assistenziale] viene aumentato a un valore pari a 5.000,00 euro e per un massimo di 4 volte all'anno nell'anno assistenziale.

b) PRESTAZIONI COMPLEMENTARI

La Cassa di assistenza rimborsa:

1. vitto e pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera per un accompagnatore dell'assistito infermo entro il limite giornaliero di 150,00 euro e con un massimo di 30 giorni anno/nucleo;
2. compensi a squadre di soccorso per trasporto all'Istituto di Cura con qualsiasi mezzo idoneo, immediatamente e strettamente necessario entro il limite massimo di 550,00 euro anno/nucleo per il trasporto in Italia e di 1.100,00 euro anno/nucleo per il trasporto avvenuto all'estero;
3. trasporto all'estero e ritorno in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore entro il limite massimo di 2.000,00 euro per evento.

Le prestazioni di cui ai precedenti punti 1., 2. e 3. vengono accordate con uno scoperto per ogni richiesta di rimborso del 20% con il minimo di 50,00 euro.

c) INDENNITÀ PER MALATTIA GRAVE

La Cassa di assistenza eroga un'indennità una tantum per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito di "malattia grave", al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tale evento. L'indennità sarà pari a 2.500,00 euro, in caso di accadimento, in corso di assistenza, di uno dei gravi eventi definiti al successivo punto "Definizione di malattia grave".

Tale indennità verrà erogata solo qualora l'insorgenza della malattia, comprovata da certificazione medica e cartella clinica, sia successiva alla decorrenza della copertura oggetto del presente Capitolato, o comunque successiva alla data di inserimento in assistenza dell'Assicurato, e solo in caso di permanenza in vita dell'Assicurato alla data della richiesta di rimborso. L'erogazione dell'indennità avverrà una sola volta per ciascuna degli eventi di seguito elencati.

DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Sono considerati rimborsabili i casi ascrivibili alle seguenti Malattie Gravi:

- (i) *infarto miocardico acuto: Coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche;*
- (ii) *chirurgia cardiovascolare: procedure di by-pass aorta-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna); interventi di applicazione di valvola protesica meccanica o biologica;*
- (iii) *ictus cerebrale (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio presente anche alla data di richiesta di indennizzo;*
- (iv) *tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola garanzia in oggetto vengono esclusi i carcinomi in situ (intendendosi per tali i carcinomi che si sviluppano solo localmente con prognosi favorevole, senza tendenza a metastatizzare, aggredibili con le più semplici tecniche chirurgiche) ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno;*
- (v) *insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica;*
- (vi) *trapianto d'organo: malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: fegato, cuore, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione rilasciata dai centri medici autorizzati al trapianto che attesti la necessità dell'intervento e l'inserimento del soggetto in lista di attesa.*

ART. 4 - NORME DI RINVIO

Per quanto non espressamente disciplinato nel presente Capitolato restano applicabili le previsioni di cui al Capitolato n. 1 ed alla Convenzione stipulata con la Cassa di assistenza.