



POLITECNICO
MILANO 1863

**GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA
FORNITURA DI SERVIZI INTEGRATI DI PEOPLE CARE PER IL POLITECNICO DI MILANO –
CIG 88109176B8**

CAPITOLATO TECNICO

Sommario

Sommario

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO	4
1. OGGETTO DELL'ASSISTENZA.....	7
2. PERSONE ASSISTITE	7
3. PIATTAFORMA DI EROGAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI.....	9
4. DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DELLA GARA.....	10
A. COPERTURE GENERALI PER TUTTA LA POPOLAZIONE.....	10
A.1 Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati.....	10
A.2 Accesso alla rete di strutture convenzionate	10
A.3 Centrale telefonica H24.....	10
B.1 CARATTERISTICHE COMPLESSIVE DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E SOCIO-ASSISTENZIALE	12
B.1.1 Regolamento esplicativo della proposta di convenzione	12
B.1.2 Modalità adesione/rinnovo/cessazione dell'assistenza	13
B.2 COPERTURE E SERVIZI OFFERTI.....	20
B.2.1 Visite specialistiche private.....	20
B.2.2 Alta Diagnostica Privata.....	21
B.2.3 RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI.....	22
B.2.4 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE.....	22
B.2.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI.....	22
B.2.6 PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE PERSONALIZZATI	23
B.2.7 PROGRAMMI DI SUPPORTO ALLA FRAGILITA'	23
B.2.8 Offerta pacchetti speciali pediatrico e maternità.....	23
B.2.9 PRESTAZIONI ACCESSORIE.....	24
Assistenza diurna e notturna in ospedale	25
Assistenza domiciliare diurna e notturna post ricovero o infortunio	25
B.3 PIANO DI ASSISTENZA SOCIO ASSISTENZIALE	26
C - PACCHETTI MODULABILI	28
5. PREMIO/CONTRIBUTO.....	28
5.1. IMPORTO DELL'APPALTO	28
6. EFFETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA PER ADESIONI CON CONTRIBUTO A CARICO DI ATENEIO	29
7. DURATA DELLA CONVENZIONE	29
8. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSISTENZA	29
9. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	29
10. ALTRE ASSICURAZIONI/ASSISTENZE	30

11. ESTENSIONE TERRITORIALE	30
12. RINNOVO A TITOLO PRIVATO	30
13. LIMITI DI ETA'	30
14. PENALI.....	30
15. CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA.....	31
16. REPORTISTICA.....	32
17. RISERVATEZZA.....	32
18. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI.....	32
19. UTILIZZO DEL NOME E DEL LOGO DEL POLITECNICO DI MILANO	32
20. GARANZIA DEFINITIVA.....	32
21. INADEMPIMENTI CONTRATTUALI E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO.....	32
22. RECESSO.....	33
23. MODALITA' DI PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI DI ADESIONE	33
24. FORO COMPETENTE	33
25. TRATTAMENTO DATI	33
26. NORMATIVA ANTICORRUZIONE	34
27. NORME DI RIFERIMENTO.....	34
28. SPESE CONTRATTUALI	34
29. ACCESSO AGLI ATTI.....	34
30. CONTATTI DEL PUNTO ORDINANTE.....	35
31. RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO	35

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO

Assistenza

La copertura sanitaria oggetto del presente capitolato.

Polizza/Disciplinare/Convenzione

Il documento che prova l'assistenza.

Contraente/Ente

Politecnico di Milano.

Assistito

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata la copertura sanitaria.

Società / Cassa

Ente o cassa aggiudicataria avente esclusivamente fine assistenziale come previsto dall' art. 51, comma 2, lett.a) del TUIR (testo unico delle imposte sui redditi), approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 iscritte all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che assumerà il rischio delle prestazioni oggetto del presente capitolato

Premio/Contributo

La somma dovuta dal Politecnico di Milano, alla Società/Cassa.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malattia oncologica

Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale/Limite di Assistenza

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

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Difetto fisico preesistente

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza/del disciplinare possa essere diagnosticata clinicamente (con visita medica) o strumentale (con accertamenti diagnostici di tipo strumentale).

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, 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, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società/Cassa ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day - hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società/Cassa in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni di pre e post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso secondo quanto disciplinato dal presente capitolato.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assistenza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società/Cassa in caso di sinistro.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'assistito.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'assistito l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'assistito.

Assegnisti e Dottorandi (A/D)

Titolari di assegno di ricerca e Dottorandi in servizio attivo presso il Politecnico di Milano

Personale Docente strutturato (PD)

Personale Docente strutturato a tempo determinato ed indeterminato composto da Professori Ordinari, Professori Associati, Ricercatori a tempo determinato ed indeterminato

Personale Tecnico Amministrativo (PTA)

Dipendenti tecnici amministrativi strutturati a tempo determinato ed indeterminato, in servizio attivo presso il Politecnico di Milano.

Familiari: coniuge o convivente, figli o affiliati risultanti dallo stato di famiglia, figli o affiliati non risultanti dallo stato di famiglia, figli o affiliati del coniuge o del convivente

Figli: figli o affiliati del Personale Tecnico Amministrativo, Personale Docente strutturato, Assegnisti e Dottorandi di età fino a 26 anni compiuti

Personale del Politecnico di Milano (“Personale PoliMI” o anche “Popolazione”)

Insieme di tutti i dipendenti Personale Tecnico Amministrativo (PTA), Personale Docente strutturato (PD), nonché Assegnisti e Dottorandi (A/D) in servizio attivo presso il Politecnico di Milano.

Proposta di convenzione

La proposta di convenzione è il documento contenente il testo proposto per la convenzione che sarà stipulata a seguito di aggiudicazione della gara.

La proposta di convenzione deve disciplinare puntualmente tutti i rapporti tra l'operatore economico ed il Politecnico di Milano, nonché tutte le prestazioni offerte e descritte nella relazione tecnica ed i rapporti tra l'operatore economico e gli assistiti.

1. OGGETTO DELL'ASSISTENZA

Oggetto della presente procedura è l'affidamento di servizi integrati di people care per il personale del Politecnico di Milano.

L'assistenza e tutte le relative prestazioni dovranno essere operanti in caso di malattia, infortunio, gravidanza (ivi compresa la gravidanza in corso all'atto dell'adesione) e prevenzione, con le modalità e limitazioni specificate nel presente Capitolato.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assistito può rivolgersi, con le modalità specificate dal presente Capitolato, a:

- Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società/Cassa
- Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa
- Servizio Sanitario Nazionale e strutture private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie/prestazioni.

2. PERSONE ASSISTITE

Oggetto dell'assistenza è l'implementazione di una rete di servizi integrati di assistenza Sanitaria, Servizi socio assistenziali e di "People care" (di seguito "Piano di Assistenza") finalizzati a coprire, se pur in modo differenziato, i bisogni di tutta la comunità Politecnica, ad oggi così suddivisa:

- ✓ 1.253 Personale Tecnico-Amministrativo (di seguito PTA)
- ✓ 1.500 Personale Docente Strutturato (di seguito PD)
- ✓ 2.882 Assegnisti e dottorandi (di seguito A/D)

Tutto il PD, PTA, A/D aderenti al Piano di Assistenza, rapportandosi individualmente con la Società/Cassa, potranno opzionalmente estendere l'adesione, alle stesse condizioni previste dal presente capitolato, ai seguenti soggetti, fiscalmente a carico o meno (di seguito "Familiari"):

- coniuge o convivente
- figli o affiliati risultanti dallo stato di famiglia
- figli o affiliati non risultanti dallo stato di famiglia
- figli o affiliati del coniuge o del convivente

Le relative modalità di adesione sono descritte nel presente capitolato. Il versamento del relativo premio/contributo in tali casi è direttamente a carico del Personale PoliMI.

In caso di situazioni di separazione/divorzio l'estensione della copertura al figlio/figli potrà essere effettuata anche se facenti parte del nucleo familiare convivente dell'ex-coniuge/ex-convivente, eventualmente presentando, a discrezione della Società/Cassa, la documentazione comprovante.

Tutti i servizi richiesti dal Piano di Assistenza saranno erogati attraverso una piattaforma informatica, integrata con quella di Ateneo, operante su 3 piani:

A) Coperture generali: adesione per tutta la popolazione con costo interamente a carico dell'Ateneo

B) Piano di assistenza sanitaria integrativa e socio-assistenziale, operante in caso di malattia, infortunio, gravidanza e prevenzione, offerto alle medesime condizioni a tutta la popolazione, con contributo a carico Ateneo così differenziato:

- ✓ PTA: adesione con costo interamente a carico Ateneo
- ✓ PD: adesione volontaria con contributo parziale a carico Ateneo
- ✓ A/D: adesione volontaria senza contributo a carico Ateneo
- ✓ Familiari: adesione volontaria senza contributo a carico Ateneo

C) Pacchetti modulabili di estensione dell'assistenza

- ✓ Adesione volontaria per tutta la popolazione senza contributo a carico Ateneo
- ✓ Familiari: adesione volontaria senza contributo a carico Ateneo

Di seguito si riporta la suddivisione PTA, PD ed A/D suddivisi per sesso e fascia di età, come disponibili alla data dell'1/05/2021.

PTA Aventi diritto suddivisi per genere e fascia di età:

Fasce d'età	F	M	Totale complessivo
<30	35	31	66
30-35	31	22	53
35-40	64	51	115
40-45	103	67	170
45-50	156	109	265
50-55	152	85	237
55-60	127	76	203
>60	77	67	144
Totale complessivo	745	508	1253

Età media PTA 49
 N° PTA con età >= 75 anni 0,0
 Età massima PTA 67,0

PD suddivisi per genere e fascia di età

FASCE DI ETA'	F	M	Totale complessivo
<30		7	7
30-35	36	55	91
35-40	48	122	170
40-45	63	149	212
45-50	79	191	270
50-55	84	160	244
55-60	72	181	253
>60	64	189	253
Totale complessivo	446	1054	1500

Età media PD 50
 N° PD con età >= 75 anni 0,0
 Età massima PD 71,0

A/D suddivisi per genere e fascia di età

FASCE DI ETA'	F	M	Totale complessivo
<30	603	1274	1877
30-35	260	428	688
35-40	85	90	175
40-45	33	44	77
45-50	17	23	40
50-55	5	7	12
55-60	1	5	6
>60	3	4	7
Totale complessivo	1006	1874	2882

Età media A/D	30
N° A/D con età >= 75 anni	0,0
Età massima A/D	71,0

Nell' "allegato 10 – sinistri pregressi 2019" sono riportati i dati relativi alle adesioni e alla sinistrosità relativamente al periodo di utilizzo dell'assistenza nel corso del 2019.

3. PIATTAFORMA DI EROGAZIONE DEI SERVIZI OFFERTI

Tutti i servizi offerti dal Piano di Assistenza descritti al paragrafo 1 - OGGETTO DELL'ASSISTENZA, dovranno essere accessibili attraverso un'unica piattaforma informatica, integrata all'interno della piattaforma dei servizi on-line di Ateneo, tale per cui:

- L'accesso dovrà avvenire in Single Sign On tramite sistema Shibboleth, come di seguito dettagliato
- I servizi offerti, salvo diverso accordi tra le parti, dovranno essere presentati e descritti come servizi offerti dal Politecnico di Milano (per quanto ovviamente attraverso affidamento a terzi) ivi compresi tutti i servizi di assistenza telefonica dedicata, ove puntualmente richiesti a capitolato

Il fornitore dovrà pertanto garantire che l'accesso alla piattaforma integrata da parte degli utenti del Politecnico sia mediato da un Service Provider Shibboleth, con i seguenti requisiti di dettaglio:

- Il sistema di autenticazione del Politecnico usa attualmente shibboleth idp 2.3.3
- L'idp Shibboleth (previa autorizzazione dell'utente) passerà al servizio federato i seguenti attributi
 - della persona
 - ppn: codice identificativo univoco nella forma codicepersona@polimi.it
 - givenName: nome dell'utente
 - sn: cognome dell'utente
 - cn: nome + cognome dell'utente
 - mail: indirizzo di posta elettronica istituzionale dell'utente
 - o entitlement: categoria di appartenenza dell'utente all'interno dell'Ateneo
- Il fornitore dovrà configurare sul proprio Service Provider il meccanismo di single logout tramite la funzionalità notify di shibboleth.
- Il fornitore dovrà aggiornare, durante il periodo di esercizio/supporto, il Service Provider Shibboleth in modo coerente e compatibile con gli aggiornamenti dell'Identity Provider Politecnico, siano essi di sicurezza oppure per l'aggiunta di nuove funzionalità

4. DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DELLA GARA

A. COPERTURE GENERALI PER TUTTA LA POPOLAZIONE

Questa sezione del Piano di Assistenza riguarda i servizi di base che l'Ateneo ritiene opportune rendere disponibili a tutta la popolazione.

Di conseguenza l'attivazione ed il costo delle coperture generali avverranno in automatico con costo interamente a carico dell'Ente.

Ove i servizi offerti possono riguardare la copertura e/o servizi a fronte di preesistenze, si applica quanto stabilito nel successivo paragrafo B.1.4.

A.1 Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati

Attraverso la piattaforma il dipendente potrà accedere ad un canale di educazione alla prevenzione periodicamente aggiornato con contenuti redatti in base alle esigenze della popolazione, da definire in accordo con il Politecnico di Milano (ad es. campagne di prevenzione oncologica, cardiovascolare e da sindrome metabolica).

Il canale dovrà inoltre prevedere una comunicazione periodica (ad es tramite newsletter) relative a eventi, iniziative, webinar, ecc di potenziale interesse in tale ambito.

A.2 Accesso alla rete di strutture convenzionate

L'assistito potrà accedere ad una rete di strutture convenzionate tramite da cui sarà possibile prenotare prestazioni a tariffe agevolate.

L'assistito avrà a disposizione una CARD SALUTE DIGITALE per accedere agli sconti e agevolazioni presso le strutture sanitarie convenzionate, e dove potrà monitorare in piattaforma lo stato delle proprie prenotazioni e prestazioni effettuate.

L'utente dovrà inoltre accedere, sempre tramite piattaforma, ad uno strumento di ricerca della prestazione desiderata, in modo da individuare, anche tramite geolocalizzazione, l'elenco delle strutture convenzionate, che effettuano quella prestazione ed i riferimenti per poter procedere alla prenotazione.

A.3 Centrale telefonica H24

L'assistito potrà usufruire di una centrale telefonica, operativa 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che erogherà le prestazioni di seguito specificate:

Consulenza medica Telefonica

Qualora l'Assistito necessiti di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico

Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia, l'Assistito necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assistito in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. È richiesto che la prestazione venga fornita almeno dalle ore 20 alle ore 8 e nei giorni festivi per un minimo di 3 volte all'anno ad utente.

Invio di ambulanza

Qualora a seguito di infortunio o malattia, l'Assistito necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assistito nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno).

È richiesto che la prestazione venga fornita almeno dalle ore 20 alle ore 8 e nei giorni festivi per un minimo di 3 volte all'anno ad utente.

Invio medicinali, anche all'estero

Qualora l'Assistito, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, dovrà contattare la Struttura Organizzativa che, previa verifica da parte del medico della centrale stessa, provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resterà a carico dell'Assistito. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

Ricerca infermiere in Italia

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Assistito, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), la Struttura Organizzativa provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato che erogherà il servizio richiesto è garantita 24h24, ed i relativi costi resteranno a carico dell'Assistito.

È richiesto che la prestazione venga fornita con un preavviso di 24 ore e per un minimo di 3 volte all'anno.

Servizio spesa a casa in Italia

Qualora l'Assistito sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di malattia o infortunio, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimarranno a carico dell'Assistito i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. È richiesto che la prestazione venga fornita per un minimo di 3 volte all'anno.

Trasferimento sanitario

Qualora l'Assistito, ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Struttura Organizzativa, presso centri Ospedalieri idonei a garantirgli le cure specifiche del caso o centri Ospedalieri più vicini alla sua abitazione o presso la sua abitazione, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assistito presso il centro individuato con il mezzo più idoneo:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- l'aereo di linea (anche barellato);
- l'ambulanza;
- il treno.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei. Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico il costo del trasferimento del paziente, incluse le spese del medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso.

Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assistito, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. È richiesto che la prestazione venga fornita per un minimo di 3 volte all'anno. Il servizio non prevede costi per l'assistito.

Assistenza ai familiari

Nel caso di ricovero ospedaliero o di trasferimento sanitario dell'Assistito e qualora gli altri familiari aderenti intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per gli aderenti, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 210,00 (Iva inclusa) per evento. È richiesto che la prestazione venga fornita per un minimo di 3 volte all'anno.

Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assistito a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un

proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. È richiesto che la prestazione venga fornita per un minimo di 3 volte all'anno.

Recapito messaggi urgenti

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi. Il servizio non prevede costi per l'assistito.

Rientro anticipato

Qualora l'Assistito in viaggio debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Assistito un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Assistito la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione. È richiesto che la prestazione venga fornita per un minimo di 3 volte all'anno.

Informazioni sanitarie e farmaceutiche

L'Assistito potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Assistito;

indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;

informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

L'assistito potrà inoltre richiedere alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio; x posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Informazioni di medicina tropicale

Servizio attivo almeno dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali) L'Assistito potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

- vaccinazioni richieste;
- rischi sanitari;
- alimentazione e bevande;
- farmaci utili in viaggio;
- clima e temperature;
- servizi sanitari in loco.

B.1 CARATTERISTICHE COMPLESSIVE DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E SOCIO-ASSISTENZIALE

B.1.1 Regolamento esplicativo della proposta di convenzione

La proposta di convenzione è il documento contenente il testo proposto per la convenzione che sarà stipulata a seguito di aggiudicazione della gara.

La proposta di convenzione deve disciplinare puntualmente tutti i rapporti tra l'operatore economico ed il Politecnico di Milano, nonché tutte le prestazioni offerte e descritte nella relazione tecnica ed i rapporti tra l'operatore economico e gli assistiti.

La proposta di convenzione fornita dalla Società/Cassa dovrà prevedere uno specifico regolamento relativo al Piano di Assistenza, da mettere a disposizione degli assistiti, che descriva in modo esaustivo, trasparente, chiaro ed esplicito tutte le prestazioni/servizi offerti e richiesti nel presente capitolato, con particolare riferimento alle procedure di accesso e rimborso delle prestazioni per gli assistiti, e relative vincoli/limitazioni. Le garanzie sono valide per prestazioni sanitarie eseguite in tutto il mondo salvo diverse specificazioni.

Il regolamento esplicativo della proposta di convenzione dovrà essere tradotto in lingua inglese a cura e con oneri interamente a carico della Società/Cassa.

Il regolamento esplicativo della proposta di convenzione dovrà essere messo a disposizione degli utenti entro l'avvio della prima finestra di adesione, come descritto al paragrafo B.1.2.

Il regolamento esplicativo della proposta di convenzione dovrà essere trasmesso al RUP almeno 10 giorni prima dell'avvio della prima finestra di adesione, per le opportune verifiche.

Qualora venissero riscontrate eventuali difformità rispetto a quanto offerto in sede di gara o parti poco chiare, sarà richiesto di integrarle e/o modificarle entro e non oltre 3 giorni dalla richiesta.

In caso di mancato invio del regolamento entro i termini richiesti o in caso di permanere delle difformità segnalate, si procederà all'applicazione delle penali, come previsto dall'art. 14 del Capitolato.

B.1.2 Modalità adesione/rinnovo/cessazione dell'assistenza

FINESTRE BIENNALI DI ADESIONE e RELATIVE PROCEDURE

L'adesione al piano di assistenza avrà durata biennale.

Per il primo biennio dovranno essere previste due finestre di adesione:

- 1° finestra: scadenza 31 gennaio 2022 e decorrenza adesione 1° gennaio 2022 con pagamento intera quota annua.
- 2° finestra: scadenza il 30 marzo 2022 e decorrenza adesione il 1° marzo 2022 con pagamento di $\frac{3}{4}$ della quota annua.

Nei bienni successivi, in caso di proroga della convenzione, sarà prevista un'unica finestra di adesione con scadenza entro il 31 gennaio 2022 e decorrenza 1° gennaio 2022. La finestra di adesione dovrà avere una durata di almeno 45 giorni, salvo diverso accordo tra le parti.

Per quanto riguarda le adesioni del personale con onere a totale a carico dell'Ateneo, la copertura viene automaticamente attivata attraverso la stipula della convenzione. Il Politecnico invierà i relativi dati anagrafici connessi alla Società/Cassa almeno 15 giorni prima della data di prevista attivazione.

I dati necessari per l'adesione delle categorie di personale sopra citate saranno trasmessi dall'Ateneo nella misura minima necessaria per l'attivazione del servizio, e nulla dovrà essere richiesto ai singoli aderenti al fine dell'attivazione della copertura. Eventuali ulteriori documenti necessari da parte dei singoli, ad esempio modulistica per il trattamento dei dati personali, potranno essere richiesti al momento della prima richiesta di assistenza da parte del singolo assistito.

Per quanto concerne il PD, per cui è previsto un contributo parziale a carico dell'Ateneo, salvo successivi accordi tra le parti la procedura sarà la seguente:

- Il PD presenta richiesta di adesione alla Società/Cassa
- La Società/Cassa comunica al Politecnico di Milano i nominativi del PD che ha presentato richiesta
- Il Politecnico di Milano procede a richiedere eventuale documentazione integrativa al PD, a seguito della quale determina la quota del contributo a carico Ateneo e, di conseguenza, comunica alla Società/Cassa l'importo da incassare direttamente dall'aderente.

L'attivazione della copertura sanitaria per A/D e familiari deve essere interamente gestita dalla Società/Cassa in rapporto con i singoli aderenti.

Il Politecnico di Milano non può essere in alcun modo coinvolto nei rapporti tra i singoli aderenti volontari e la Società/Cassa, neppure per fare da tramite nella raccolta di documenti o nella fornitura di dati o ai fini fiscali.

In caso di estensione della copertura ai familiari, non è ammessa l'adesione parziale del nucleo familiare, salvo il caso in cui siano presenti familiari già coperti da documentate altre forme mutualistiche o assicurative in campo sanitario, o nel caso siano superati eventuali limiti di età per l'adesione (sempre nel rispetto di quanto stabilito al paragrafo 13).

Il personale che aderisce singolarmente, potrà, in un secondo tempo, iscriverne anche il proprio nucleo familiare, esclusivamente in occasione delle finestre biennali di adesione, salvo quanto previsto per le "INCLUSIONI IN CORSO D'ANNO" di seguito descritte.

Per le adesioni volontarie la copertura avrà effetto dalla data della finestra di adesione o dalla data di pagamento se posteriore, salvo diverse e più favorevoli indicazioni da parte della Società/Cassa.

La Società / Cassa dovrà predisporre adeguato materiale informativo e indicazioni operative in lingua italiana ed inglese, relative alle coperture previste ed alle procedure di adesione. Dovrà inoltre fornire supporto ai singoli utenti, anche telefonico e tramite email, in merito alle caratteristiche del Piano di Assistenza e delle procedure di adesione. Tale supporto dovrà essere fornito anche in lingua inglese.

La procedura di adesione (per tutte le adesioni a titolo volontario) dovrà obbligatoriamente avvenire attraverso la piattaforma integrata con il sistema di autenticazione del Politecnico, in Single Sign On tramite sistema Shibboleth, come descritto al paragrafo 3.

Entro la data di decorrenza della copertura, tutti gli assistiti dovranno essere messi in condizione di usufruire di tutti i servizi previsti, a titolo di esempio attraverso la consegna di eventuali tessere personali ove previste. Tutti gli oneri e le attività necessarie a tal fine sono interamente a cura e con oneri a carico della Società/Cassa, salvo diverso accordo con l'Ateneo.

Entro la data di decorrenza della copertura dovranno essere attive strutture convenzionate con la Società/Cassa in tutti i comuni previsti dal presente Capitolato e dovranno essere comunicate tutte le strutture convenzionate.

I siti web della Società/Cassa attraverso cui potranno essere comunicati dati sensibili, in particolare sia il sistema web che dovrà obbligatoriamente essere messo a disposizione per l'attivazione delle adesioni volontarie che eventuali altri sistemi web per le richieste di rimborso o la visualizzazione di dati relativi al rapporto tra l'assistito e la Società / Cassa, dovranno obbligatoriamente utilizzare il protocollo di sicurezza criptato https.

INCLUSIONI IN CORSO D'ANNO

Fatto salvo quanto stabilito nel precedente paragrafo, l'inserimento in copertura/assistenza potrà avvenire al verificarsi dei seguenti casi:

- assunzione¹;
- rientro in servizio attivo
- nascita/adozione/affidamento di un figlio;
- matrimonio
- insorgere di convivenza

¹ Sono a tale fine considerate assunzioni tutti gli eventi giuridici che portano alla definizione di un nuovo rapporto di lavoro con l'Ateneo, indipendentemente da eventuali rapporti precedenti; in particolare e a titolo di esempio sono considerate nuove assunzioni l'attivazione di un nuovo assegno di ricerca o un nuovo contratto a TD (siano essi con o senza interruzione), piuttosto che il passaggio da una categoria ad un'altra (da PTA a PD, da una tipologia di PD all'altro, ecc).

- venir meno – per un familiare – di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro.

La comunicazione dell'evento deve essere effettuata entro il termine di 60 giorni dalla data dell'evento stesso. Qualora la comunicazione non pervenga entro tale scadenza, la Società/Cassa non sarà tenuta ad accettare l'inserimento.

In caso di assunzione o rientro in servizio attivo del PTA, l'assistenza sanitaria integrativa viene attivata in suo favore direttamente dal Politecnico di Milano, con oneri interamente a carico dell'Ateneo.

La copertura decorre dalla data dell'evento. I contributi, interamente a carico del Politecnico di Milano, sono calcolati a partire dalla data dell'evento; nel caso in cui tale data sia successiva al primo giorno del mese, i contributi sono calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

In caso di assunzione o rientro in servizio attivo il singolo PD può richiedere l'attivazione dell'assistenza sanitaria integrativa entro la fine del mese successivo a quello di assunzione/rientro in servizio, con la stessa procedura definita per le finestre di adesione.

La copertura decorre dalla data dell'evento.

I contributi a carico del dipendente sono calcolati a partire dalla data dell'evento; nel caso in cui tale data sia successiva al primo giorno del mese, i contributi sono calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

L'estensione della copertura per A/D e tutti i familiari, in tutti i casi di inclusione previsti, può essere richiesta entro la fine del mese successivo alla data dell'evento, rapportandosi individualmente con la Società/Cassa e con oneri a carico del singolo interessato.

La copertura decorre dalla data dell'evento.

I contributi, interamente a carico dell'assistito, sono calcolati a partire dalla data dell'evento; nel caso in cui tale data sia successiva al primo giorno del mese, i contributi sono calcolati a partire dal primo giorno del mese successivo alla data dell'evento.

I contributi delle adesioni volontarie saranno da corrispondere in unica soluzione entro 60 giorni dalla data dell'evento, salvo diverse e più favorevoli indicazioni da parte della Società/Cassa.

REVOCHE IN CORSO D'ANNO

La revoca dalla copertura/assistenza per PTA e PD potrà avvenire al verificarsi dei seguenti eventi:

- cessazione del rapporto di lavoro;
- termine del servizio attivo;
- decesso dell'assistito;

La comunicazione dell'evento dovrà essere effettuata dal Politecnico di Milano entro il termine di 15 giorni dalla data dell'evento stesso, salvo diverse e più favorevoli indicazioni da parte della Società/Cassa.

In tali casi di esclusione, le coperture saranno comunque garantite sino alla fine dell'ultimo mese in cui si presta servizio attivo (di seguito "termine della copertura").

I premi/contributi versati dal Politecnico di Milano dovranno essere restituiti in proporzione ai mesi restanti dal termine della copertura sino alla data di scadenza originaria della copertura stessa (ricordiamo di durata biennale). Al termine di ogni annualità si procederà alla regolazione contabile del saldo dovuto rispetto al premio pagato in considerazione delle inclusioni ed esclusioni intervenute in corso d'anno.

L'assistito potrà mantenere attiva la copertura previo versamento a proprio carico della restante quota (calcolata dal "termine della copertura" sino alla scadenza della copertura) ed alle medesime condizioni inviando richiesta scritta alla Società/Cassa entro e non oltre la fine del mese successivo all'ultimo giorno di servizio attivo del rapporto di lavoro. In tal caso la copertura sarà garantita senza soluzione di continuità.

Al termine della scadenza della copertura, si applica il paragrafo 11 – Rinnovi a titolo privato.

In caso di adesione volontaria senza contributo a carico dell'Ateneo, la copertura/assistenza rimane in essere fino alla scadenza originaria, pertanto i premi/contributi restano acquisiti.
Al termine della scadenza originaria si applica il paragrafo 11 – Rinnovi a titolo privato.

In caso di decesso del personale PoliMI i familiari aderenti conservano il diritto al rinnovo della copertura con oneri a proprio carico e con esplicita richiesta scritta.

DIRITTO DI RECESSO e RINNOVI

La copertura per i dipendenti facenti parte del PTA decorre dalle ore 00.00 del 1/1/2022, salvo quanto previsto nel paragrafo B.1.2 e scade alle ore 24.00 del 31/12/2023.

La copertura per tutte le adesioni volontarie decorre dalle ore 00.00 del 1/1/2022, salvo quanto previsto nel paragrafo B.1.2 e scade il 31/12/2023.

In caso di proroga della convenzione al termine del biennio, le adesioni volontarie si intenderanno tacitamente rinnovate per il biennio successivo; è possibile esercitare la facoltà di recesso inoltrando comunicazione scritta all'operatore economico entro il 30 novembre del secondo anno di ogni biennio, a valere dal 1° gennaio del biennio successivo.

Il rinnovo ha validità fino al 31/12 del secondo anno del biennio di riferimento.

B.1.3 Modalità di accesso alle prestazioni, rimborsi e servizi di assistenza

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI EROGATE IN RETE E SERVIZIO PRENOTAZIONE

La Società/Cassa deve mettere a disposizione un servizio di prenotazione con apertura quotidiana nei giorni feriali di almeno 8 ore per le prestazioni erogate presso le strutture convenzionate con la società/cassa.

Tale servizio dovrà essere garantito anche in lingua inglese.

L'esecuzione delle prestazioni dovrà essere garantita, presso strutture convenzionate con la Società/Cassa, entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

È richiesta la presenza di modalità di interazione e gestione delle prenotazioni interamente telematiche. Si richiede inoltre la presenza di modalità di supporto agli utenti stranieri, quali ad esempio sito web tradotto in lingua inglese, traduzione in inglese di moduli, condizioni contrattuali e altra documentazione utile, disponibilità di call center in inglese.

Si richiede inoltre la messa a disposizione del Politecnico di Milano di modalità di monitoraggio della qualità dei servizi erogato, sia dalla rete diretta/indiretta sia dai servizi di assistenza/supporto dell'aggiudicatario stesso nonché la produzione di reportistica sulle prestazioni erogate ed il grado di soddisfazione dell'utenza.

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE O RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

La prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa può essere richiesta solo in caso di mancata copertura delle preesistenze.

Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società/Cassa ed effettuate da medici convenzionati con la Società/Cassa.

Le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti vengono liquidate, fermi i limiti e massimali previsti, direttamente dalla Società/Cassa alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione di quanto espressamente previsto dal presente Capitolato, che saranno corrisposte dall'assistito alla struttura sanitaria al momento dell'esecuzione della prestazione.

Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società/Cassa.

In questo caso le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti vengono rimborsate all'Assistito con i limiti, massimali e franchigie previste dal presente Capitolato.

Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di Assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., la Società/Cassa rimborserà integralmente quanto anticipato dall'assistito per il pagamento di ticket (compresa la "quota aggiuntiva regionale"); a titolo di esempio per: visite specialistiche, esami di laboratorio (esami sangue, urine, feci, pap test, ecc.), diagnostica strumentale e alta diagnostica (rx, ecografie, tomografie, elettrocardiogrammi di ogni genere, endoscopie, tac, risonanze magnetiche, medicina nucleare, moc, PET, ecc.), interventi ambulatoriali, prestazioni di pronto soccorso, day hospital, day surgery.

Non possono essere previsti massimali, né minimi rimborsabili, né franchigie. Sono ricomprese anche prestazioni finalizzate alla prevenzione

Le richieste di rimborso saranno inviate dall'Assistito tramite sito web appositamente predisposto oppure tramite email all'indirizzo specificato dalla Società/Cassa, corredate da scansioni dei documenti richiesti. Non può essere richiesto l'invio obbligatorio di originali o copie in forma cartacea.

Il rimborso dovrà avvenire tramite bonifico bancario o assegno entro 60 giorni dalla richiesta.

In caso di richieste incomplete dei documenti necessari, come previsto dal presente Capitolato o dalla convenzione che sarà stipulata, il conteggio dei giorni per il rimborso partirà al momento della consegna di tutta la documentazione necessaria.

In caso di rifiuto totale o parziale del rimborso richiesto, dovrà essere inviata comunicazione tempestiva contenente le motivazioni dettagliate ed esplicite del mancato rimborso.

Non può essere previsto alcun massimale di rimborso al di fuori di quelli previsti dal presente Capitolato.

Il diritto a richiedere i rimborsi e le indennità non può prescriversi prima di 365 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

SERVIZI DI ASSISTENZA E SUPPORTO

L'Assistito deve poter richiedere qualsiasi tipo di informazione sul piano di assistenza e sui servizi erogato sia attraverso un servizio assistenza telefonica sia tramite altri canali (email, form, ecc)

Il servizio dovrà essere attivo tutto l'anno almeno con i seguenti orari: dal lunedì al venerdì esclusi i festivi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00.

Dovrà essere attiva una sezione riservata, accessibile tramite piattaforma integrata, tramite cui:

- verificare il proprio profilo assistenziale e consultare i relativi regolamenti;
- verificare e modificare dati personali (indirizzi, numeri telefonici, coordinate bancarie);
- inoltrare le richieste di rimborso e verificarne lo stato, visionare le immagini dei documenti inviati
- consultare tutte le prestazioni sanitarie erogate
- Accedere ai servizi di ricerca (anche tramite geolocalizzazione) e prenotazione online
- Attivare servizi di messaggistica tramite email e SMS
- Accedere ai documenti per le detrazioni fiscali

È richiesto un servizio di controllo sulla qualità del servizio erogato dalle strutture convenzionate, anche con la possibilità per l'assistito di scegliere la struttura anche in base agli esiti di tale monitoraggio.

B.1.4 Copertura delle preesistenze

La copertura delle preesistenze, con questo intendendo l'erogazione delle prestazioni previste nell'assistenza anche a fronte di situazioni patologiche, le malformazioni, difetti fisici e le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili, anche se preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché per le gravidanze in corso, dovrà essere garantita nei casi e con le modalità così descritte:

Personale Tecnico Amministrativo e relativi familiari

La copertura delle preesistenze dovrà sempre essere garantita a tutto il PTA, in quanto soggetti la cui adesione è automatica e interamente a carico dell'Ente.

Le preesistenze e gravidanze in corso dei relativi familiari saranno sempre garantite purché aderisca l'intero nucleo familiare convivente (ad esclusione dei familiari che abbiano superato i limiti di età per l'adesione o che abbiano già una documentata copertura sanitaria integrativa) e che l'adesione avvenga entro 30 gg dalla fine del mese successivo a quello dell'iscrizione del PTA.

Iscrizioni all'interno delle finestre biennali di adesione volontaria, come previsto da art. 8:

1. La copertura delle preesistenze sarà garantita:
 - a) A tutti gli iscritti all'attuale Piano di Assistenza che aderiranno alla finestra di adesione del primo anno (si veda in proposito il paragrafo B.1.2 – Modalità di adesione)
 - b) A tutto il PD, A/D non già iscritto all'attuale piano di assistenza, purché aderisca almeno il 50% della popolazione avente diritto
 - c) A tutti i familiari di PTA, PD, A/D non già iscritti all'attuale piano di assistenza, purché venga

raggiunto il numero di almeno 1.200 familiari iscritti (complessivi, ovvero inclusi anche i familiari iscritti all'attuale assistenza sanitaria)

2. In relazione ai punti b), c) precedentemente descritti, nel caso in cui gli obiettivi di adesione vengano raggiunti in una finestra di adesione successiva, si richiede che la copertura delle preesistenze venga automaticamente estesa a tutti gli iscritti (che già non ne beneficiano) senza effetto retroattivo (pertanto a valere dalla data di decorrenza della finestra di adesione in cui gli obiettivi di adesione sono stati raggiunti).

Adesioni in corso d'anno

In caso di adesione in corso d'anno, nelle modalità previste a capitolato sempre al paragrafo B.1.2, la copertura delle preesistenze è comunque garantita nei seguenti casi:

a) A tutti i nuovi iscritti PD e A/D, purché siano stati raggiunti i relativi obiettivi di adesione fissati nell'ultima finestra di iscrizione

b) A tutti i familiari di PD e A/D iscritti in corso d'anno, purché siano stati raggiunti i relativi obiettivi di adesione fissati nell'ultima finestra di iscrizione

c) Nel caso in cui il PD o A/D aderisca con tutto il nucleo familiare, indipendentemente dal raggiungimento degli obiettivi di adesione nel corso della precedente finestra di iscrizione

d) In caso di ampliamento del nucleo familiare già iscritto, indipendentemente dal raggiungimento degli obiettivi di adesione nel corso della precedente finestra di iscrizione:

- nascita/adozione/affidamento di un figlio
- matrimonio o insorgere di convivenza
- venir meno per un familiare di altra copertura collettiva delle spese sanitarie predisposta dal datore di lavoro

B.2 COPERTURE E SERVIZI OFFERTI

B.2.1 Visite specialistiche private

Visite specialistiche in rete

Ogni assistito può usufruire di 3 visite specialistiche all'anno per persona in rete, ovvero presso le strutture convenzionate con la Società/Cassa, con un costo a carico assistito massimo di € 25 per visita.

L'esecuzione delle prestazioni dovrà essere garantita, presso strutture convenzionate con la Società/Cassa, entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione.

L'elenco minimo obbligatorio di visite specialistiche da garantire è il seguente: algologica, allergologica, andrologica, anesthesiologica, angiologica, cardiocirurgica, cardiologica, chirurgia plastica, chirurgica, chirurgica maxillo facciale, dermatologica, diabetologica, dietologica, ematologica, endocrinologica, epatologica, fisiologica, foniologica, gastroenterologica, ginecologica, gnatologica, internistica, medicina nucleare, nefrologica, neurochirurgica, neurologica, oculistica, oncologica, ortopedica, ostetrica, otorinolaringoiatrica, pediatria, pneumologica, proctologica, reumatologica, senologica, traumatologica, urologica

Visite specialistiche fuori rete

Ogni Assistito può usufruire di una visita specialistica privata all'anno tra quelle di seguito elencate: neurochirurgica, cardiocirurgica, oncologica per patologia tumorale, ematologica.

La prestazione è fornita in forma rimborsuale, con una franchigia di € 25 a carico dell'Assistito e con rimborso fino a € 100 per ogni fattura.

B.2.2 Alta Diagnostica Privata

Si richiede obbligatoriamente la copertura delle prestazioni di alta diagnostica eseguite privatamente, in tutti i seguenti ambiti:

- diagnostica strumentale e per immagini (es.: tac, pet, rmn, rx, ecografie, angiografie, arteriografie, flebografie, endoscopie, ortopantomografia, MOC e densitometrie, ecc.);
- esami citologici, istologici, biopsie, immunoistochimici;
- diagnostica vascolare (es.: doppler, ecodoppler, ecocolordoppler, ecc);
- cardiologia (es.: ecg, holter, test ergonomici, ecc.);
- medicina nucleare (es.: scintigrafie, PET);
- neurologia (es.: elettroencefalogramma, polisonnografia, ecc.);
- oculistica (es.: campimetria, flurangiografia, elettromiografia);
- otorinolaringoiatria;
- pneumologia.

L'esecuzione delle prestazioni presso strutture convenzionate con la Società/Cassa dovrà essere garantita entro 10 giorni lavorativi dalla richiesta di prenotazione, con un costo a carico assistito di € 35 per prestazione.

L'assistenza presso le strutture non convenzionate con la Società/Cassa avverrà in forma rimborsuale delle spese sostenute, con applicazione di scoperto 10% con minimo di € 60,00 per prestazione.

Non possono essere previsti limiti massimi relativi al numero ed all'importo delle prestazioni per assistito / anno.

B.2.3 RICOVERI E INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricoveri o interventi di chirurgici, l'assistito ha diritto alle seguenti prestazioni:

Ricovero con SSN per grande intervento chirurgico senza costi a carico Assistito

Indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero, indipendentemente dal rimborso di altre prestazioni previste dal Capitolato.

Ricovero per grande intervento chirurgico con costi a carico dell'Assistito

L'Assistito che sostenga spese per il ricovero (clinica privata, ricovero SSN in camera di maggior confort, medici privati, ecc.) ha diritto ad un rimborso forfettario fino a € 500 al giorno delle spese sostenute per degenza, sala operatoria, medici, esami, farmaci, spese infermieristiche.

Sono sempre escluse dall'assistenza le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti di parenti ecc.). L'assistenza è erogata per un massimo di 90 giorni per anno e per persona.

Qualsiasi altro ricovero

L'assistito avrà diritto ad un'indennità di € 30,00 per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero, indipendentemente dal rimborso di altre prestazioni previste dal Capitolato.

Si richiede che il ricovero sia assistibile con o senza intervento chirurgico, per parto eutocico, cesareo e per aborto. La garanzia sarà prevista anche per day-hospital (anche oncologico) e day-surgery.

B.2.4 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE

Ogni assistito può usufruire delle seguenti prestazioni minime:

Accesso alla rete convenzionata e prima visita gratuita

L'Assistito può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

L'Assistito ha diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Visita e ablazione del tartaro (1/anno/persona)

Assistenza presso le strutture convenzionate con la Società/Cassa: gratuita.

Assistenza presso le strutture non convenzionate con la Società/Cassa: Rimborso € 30

Impianti endossei (2/anno/persona)

Intervento presso strutture convenzionate: assistenza in forma diretta con massimale di € 400 a impianto.

Intervento presso strutture non convenzionate: rimborso con massimale di € 400 a impianto.

In caso di evento traumatico il massimale annuo a persona è elevato a 2.500 € per un numero illimitato di impianti e con rimborso di € 400 per ogni impianto.

Trattamenti ortodontici fissi e mobili

Intervento presso strutture convenzionate: assistenza in forma diretta con massimale annuo di € 280

Intervento presso strutture non convenzionate: rimborso con un massimale annuo di € 280

Otturazioni

La prestazione è fornita in forma diretta in rete, con una franchigia di € 25 a carico dell'Assistito per ogni otturazione, senza limiti di numero, né massimali.

B.2.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

È prevista assistenza per qualsiasi trattamento fisioterapico o riabilitativo (come fisiokinesiterapia, cure termali, ultrasuoni, massoterapia, magnetoterapia, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe) eseguito a seguito di ricovero e prescritto in sede di dimissioni.

La copertura è prevista entro il limite di € 400 per anno e per persona.

L'assistenza può essere erogata in forma diretta in rete o in forma rimborsuale presso qualsiasi struttura.

L'assistenza è garantita senza massimali e con rimborso al 100% se eseguita con il Servizio Sanitario Nazionale

B.2.6 PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE PERSONALIZZATI

In aggiunta ai servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati garantiti dalle coperture di base (si veda paragrafo A.1) si richiede che tramite la piattaforma vengano messi a disposizione strumenti di autodiagnosi e profilazione per l'identificazione e fornitura all'assistito di programmi di prevenzione personalizzati in base alla sua anamnesi e caratteristiche, indicanti i controlli consigliati e relativa periodicità, ecc.

Tali strumenti dovranno restituire un "Programma di prevenzione" personalizzato, indicante tutti i controlli consigliati in base al genere, all'età, alle patologie o alle familiarità, e relativa periodicità.

Attraverso tale "Programma di prevenzione" l'assistito attiverà un pacchetto di prevenzione annuale personalizzato, che si aggiornerà e programmerà automaticamente i controlli successivi, inviando email di promemoria e notifica.

L'assistito potrà effettuare la prenotazione delle relative prestazioni (visite, diagnostiche, esami, ecc.) direttamente dalla piattaforma presso le strutture convenzionate: le prestazioni dovranno essere erogate in forma diretta in rete convenzionata senza applicazione di alcuna franchigia.

Le prestazioni derivanti dal "Programma di prevenzione", ove effettuate presso le strutture convenzionate con la Società/Cassa, sono da considerare aggiuntive rispetto alle medesime prestazioni offerte nelle altre sezioni del presente capitolato, e pertanto non dovranno essere in alcun modo considerate nei relativi conteggi/limiti/massimali.

B.2.7 PROGRAMMI DI SUPPORTO ALLA FRAGILITA'

In relazione a questa sezione dovranno essere garantite, per ciascun assistito, le seguenti prestazioni minime:

- Una seduta di terapia psicologica in rete, con eventuale stesura di un "percorso di sostegno psicologico"
- Possibilità di prenotare privatamente le sedute successive alla prima usufruendo delle tariffe della rete convenzionata
- Assistenza di personale qualificato nella prenotazione delle prestazioni

Si richiede inoltre di proporre, anche (ma non necessariamente) in attuazione del "percorso di sostegno psicologico" come da precedente paragrafo, un "pacchetto" di supporto psicologico almeno a fronte delle seguenti casistiche:

- Grave infortunio dell'assistito
- Grave malattia dell'assistito
- Decesso parenti di 1° grado
- Anoressia/Bulimia dell'assistito

B.2.8 Offerta pacchetti speciali pediatrico e maternità

Pacchetto pediatrico

L'Assistito che alla data di effettuazione delle prestazioni risulti di età inferiore ai 14 anni ha diritto alle seguenti assistenze di prevenzione pedodontica in forma diretta presso la rete convenzionata:

- 1 visita pedodontica con insegnamento delle adeguate manovre di igiene orale domiciliare;
- 1 ablazione del tartaro;
- fino a 4 sigillature dei solchi per anno e per persona con una franchigia di € 15 a carico Assistito per ogni prestazione;

- fino a 2 otturazioni per anno e per persona senza alcuna franchigia a carico Assistito.

Pacchetto maternità

L'assistito avrà diritto a:

- un'indennità di 30 € per ogni giorno di ricovero per parto naturale, cesareo o aborto;
- rimborso del 100% dei ticket sanitari corrisposti per visite, esami di laboratorio, ecografie, corsi di preparazione al parto;
- rimborso 100% di massimo 2 visite e 1 ecografia ostetrico/ginecologiche private per evento (il massimale è elevato a 3 visite e 2 ecografie per evento in caso di gravidanza a rischio), le prestazioni possono essere effettuate sia in rete che fuori rete;
- rimborso dei seguenti test prenatali: bitest, villocentesi, amniocentesi. Le prestazioni sono rimborsate al 100% se effettuate tramite SSN e fino a un massimale di 300 € per evento se effettuate privatamente in rete o fuori rete;
- rimborso fino a 500 € per parto a domicilio.
- riabilitazione post parto, effettuata entro sei mesi dal parto, fino a max 100 € per:
- ginnastica post parto (10 € a seduta)
- riabilitazione del pavimento pelvico (25 € a seduta).

B.2.9 PRESTAZIONI ACCESSORIE

In relazione a questa sezione dovranno essere garantite, per ciascun assistito, le seguenti prestazioni minime:

Sussidio straordinario di non autosufficienza

In caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza l'assistito potrà richiedere un sussidio straordinario erogabile dalla Società/Cassa in caso di impossibilità fisica, totale, permanente e clinicamente accertata dell'assistito nel poter compiere in maniera autosufficiente almeno tre dei sei seguenti atti elementari del vivere quotidiano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, essere continenti, usare correttamente i servizi igienici, spostarsi.

Lo stato di non autosufficienza può essere causato da infortunio, malattia o senescenza, ivi compreso il morbo di Alzheimer e tutte le altre forme di demenza senile che causano la perdita irreversibile delle capacità mentali.

Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza, come sopra precisato, deve essersi manifestato da almeno sei mesi.

Il sussidio, di importo forfetario di € 2.500, sarà erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere.

Sussidio straordinario di inidoneità fisica al lavoro

In caso di inidoneità fisica a svolgere proficuo lavoro causata da malattia o infortunio e che determini la riduzione allo 0% della retribuzione, l'assistito potrà richiedere un **rimborso fino a un massimo di 350 € al mese per 12 mesi** delle spese sostenute per le seguenti prestazioni e servizi collegate allo stato di inidoneità: servizi di assistenza alla persona; assistenza infermieristica; trattamenti fisioterapici e riabilitativi; acquisto o noleggio di ausili, presidi e tutori; aiuto personale allo svolgimento delle attività quotidiane; aiuto domestico familiare; retta per la degenza in strutture residenziali o semi residenziali per persone non autosufficienti; rimborso delle spese per opere di adattamento dell'appartamento (eliminazione barriere architettoniche, adeguamento impianti, domotica, ecc.); servizi di tele-assistenza.

Il diritto al rimborso maturerà al momento della certificazione dello stato di inidoneità da parte degli organi medici competenti (D.P.R. 0.171 del 27/07/2011). Di conseguenza i 12 mesi di rimborso decorreranno a valere da tale data, anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro.

Le prestazioni per opere di adattamento dell'appartamento dovranno essere preventivamente autorizzate dalla Società/Cassa. Le stesse potranno essere rimborsate fino ad un massimo di 12 mensilità. Nel caso in cui le fatture dovessero superare l'importo massimo previsto mensilmente, il rimborso potrà essere comunque dilazionato su più mesi.

Assistenza diurna e notturna in ospedale

L'Assistito degente in ospedale o casa di cura, in Italia, ha diritto ad usufruire di prestazioni di sorveglianza e aiuto che non rientrano per legge, contratto di lavoro o regolamento interno, nelle competenze proprie del personale sanitario e parasanitario dell'istituto di cura.

L'assistenza è prestata in caso di ricovero per malattia o infortunio, per un massimo di 120 ore per anno e per persona.

L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore consecutive. L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di nove ore consecutive.

Le prestazioni assistenziali sono effettuate da personale professionale di enti a ciò abilitati e autorizzati dall'operatore economico.

L'assistenza è prestata in forma diretta con modalità di prenotazione.

Assistenza domiciliare diurna e notturna post ricovero o infortunio

L'Assistito che, a seguito di ricovero o infortunio, necessita di assistenza presso il proprio domicilio può farne richiesta alla Cassa/Mutua entro 15 giorni dalle dimissioni o dal verificarsi dell'infortunio certificato da un pronto soccorso.

La copertura è prevista per un massimo di 50 ore per anno e per persona. L'assistenza diurna è erogata in turni minimi di tre ore consecutive.

L'assistenza notturna è erogata in turni minimi di nove ore consecutive. La garanzia è attiva su tutto il territorio italiano.

Le mansioni delle persone incaricate ad erogare assistenza domiciliare sono tutte quelle atte a dare sollievo e cura all'Assistito nel suo ambiente domestico; è prevista anche una cura del domicilio che sia legata ad un mantenimento dello stato di igiene nel minimo indispensabile.

A titolo esemplificativo e non limitativo, l'erogazione di Assistenza Domiciliare consiste in:

sorveglianza generica, anche con accompagnamento; fare compagnia; curare la persona anche con intervento igienico personale, con sollevamento da letto o poltrona e ricollocazione; supportare l'Assistito nelle relazioni esterne e per commissioni di vario tipo, escludendo l'uso di un mezzo proprio dell'operatore anche per trasporti all'Assistito, fare la spesa ed eseguire inderogabili commissioni semplici (posta, banca e simili); preparare e somministrare pasti.

Sono inoltre compresi gli interventi di tipo socio-sanitario - effettuati a domicilio dell'Assistito da medici, infermieri e/o da professionisti con la qualifica di O.S.S. - quali:

- cure relative ai bisogni dell'Assistito nelle attività di vita quotidiana in un contesto più o meno prevedibile;
- controllo dei parametri vitali e del bilancio idrico; preparazione, distribuzione e somministrazione dei medicinali per via orale, topica, oftalmica, auricolare, nasale, rettale, vaginale e aerosol;
- preparazione e somministrazione dei medicinali per via intradermica, sottocutanea, intramuscolare ed endovenosa (in una via venosa già in sito); cura e sorveglianza dell'utente portatore di sondino o PEG già in sito compresa somministrazione alimentazione;
- cura della ferita e terapia;
- cura e sorveglianza dell'utente portatore di colostomia e urostomia;
- esecuzione di prelievi di liquidi biologici a scopo diagnostico e uso di reagenti (uriculi, glicemia, ecc)
- esecuzione di medicazioni secche e umide;
- cura e sorveglianza dell'utente in ossigeno terapia;
- aspirazione buccofaringea;
- cura e sorveglianza degli utenti portatori di apparecchi ortopedici;
- esecuzione di bendaggi e uso di calze elastiche anche in caso di utenti in post-operatorio e amputazione, valutazione del dolore, cura e sorveglianza dell'utente diabetico esclusa la pedicure.

Sono escluse le richieste all'Assistente A.S.A. e/o O.S.S.:

- affinché si interponga all'Assistito o lo sostituisca in operazioni di carattere economico;
- che possano mettere l'Assistente stesso in situazioni di responsabilità che non siano di sua competenza. L'assistenza sarà prestata in forma diretta con modalità di prenotazione

Assistenza infermieristica a domicilio post ricovero o infortunio

L'assistenza infermieristica a domicilio post ricovero o infortunio, comprende le seguenti prestazioni (senza limite di numero) durante i primi 15 giorni successivi alle dimissioni o dal verificarsi dell'infortunio certificato da un pronto soccorso: medicazioni, fleboclisi, cambio catetere.

La garanzia è attiva su tutto il territorio italiano.

L'assistenza sarà prestata in forma diretta con modalità di prenotazione.

Prestazioni infermieristiche a domicilio

In caso di malattia che impedisca la deambulazione, l'Assistito potrà richiedere fino a 5 fleboclisi per anno e per persona.

La garanzia è attiva su tutto il territorio italiano.

L'assistenza sarà prestata in forma diretta con modalità di prenotazione.

B.3 PIANO DI ASSISTENZA SOCIO ASSISTENZIALE

Al fine di favorire gli strumenti di conciliazione vita-lavoro ed il benessere organizzativo il Politecnico di Milano intende mettere a disposizione di tutti gli assistiti un servizio integrato di "people care/welfare di rete" in grado di fornire un "supporto a 360°" per fronteggiare le situazioni di difficoltà propria e della propria famiglia (in senso lato), individuando tutte le possibili azioni da mettere in atto, sia direttamente offerte attraverso le prestazioni oggetto della presente convenzione, sia attraverso i servizi socio-assistenziali e sanitari offerti dallo Stato e/o dal territorio.

L'assistito dovrà pertanto rivolgersi ad un servizio di assistenza dedicato, come punto di riferimento in grado di comprendere la problematica, offrire consulenza, individuare e ottimizzare tutte le possibili soluzioni, indirizzando di conseguenza l'assistito, nonché supportandolo in tutto il processo.

I servizi minimi richiesti, accessibili anche direttamente tramite piattaforma, sono i seguenti:

Servizio di reperimento e assunzione badante convivente / operatore specializzato a ore (oss e asa)

In caso di bisogno per sé o per un familiare, il dipendente può accedere a un servizio di reperimento e assunzione badante o operatore specializzato. L'interessato stipula un contratto con l'agenzia che si occupa dell'individuazione del personale idoneo in base alle esigenze, del contratto di assunzione, di tutte le incombenze burocratiche, della sostituzione della badante in caso di ferie, malattia, incompatibilità con la persona da assistere. Il costo del servizio sarà a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Servizio di trasporto assistito

In caso di bisogno per sé o per un familiare, il dipendente può accedere a un servizio attivo 7 giorni su 7, anche festivi, di accompagnamento delle persone con disabilità o con problemi di autonomia, anziani o chi ha temporanea difficoltà motoria, da casa fino alla destinazione richiesta (visita medica, teatro, aeroporto, luogo di villeggiatura), con la possibilità di richiedere in prestito una carrozzina o altri ausili portatili, oltre che l'intervento di superamento barriere architettoniche tramite una speciale sedia portantina, su preventiva prenotazione. Il costo del servizio è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

Servizio di orientamento e consulenza per il caregiver

In caso di non autosufficienza propria o di un familiare, il dipendente può accedere a un servizio di orientamento e consulenza sui servizi utili messi a disposizione dagli enti pubblici e privati per affrontare al meglio il problema. Dopo il colloquio verrà rilasciato al dipendente un report scritto con le indicazioni utili da seguire.

Il primo colloquio di orientamento è interamente a carico dell'operatore economico e prenotabile dalla piattaforma di Ateneo.

Servizio di reperimento, selezione e assunzione di baby sitter

Il dipendente potrà accedere direttamente dalla piattaforma a un portale gratuito per ricercare e selezionare in autonoma la baby sitter adatta alle proprie esigenze. Tramite il portale è inoltre possibile accedere a servizi

a pagamento quali: ricerca e selezione della baby sitter da parte di operatori specializzati, disbrigo di tutte le pratiche relative all'assunzione della baby sitter (contratto, comunicazioni INPS, puste paga, assicurazioni, ecc.), animazione per bambini durante matrimoni, feste di compleanno, battesimi, comunioni, ecc. Il costo dei servizi a pagamento è a carico dell'interessato ad una tariffa agevolata.

C - PACCHETTI MODULABILI

L'offerente potrà opzionalmente proporre servizi aggiuntivi in forma di "Pacchetti modulabili", attivabili individualmente e volontariamente dal singolo assistito con costi a proprio carico (pertanto aggiuntivi rispetto a quelli già previsti dal Capitolato)

Si richiede di proporre pacchetti aggiuntivi almeno nei seguenti ambiti:

- non autosufficienza/invalidità, anche temporanea, con conseguente perdita di capacità lavorativa e reddituale
- ricoveri per interventi di alta chirurgia

5. PREMIO/CONTRIBUTO

In relazione alle diverse prestazioni oggetto del presente capitolato, il corrispettivo pro capite annuo lordo (vale a dire comprensivo dei premi e dei relativi oneri fiscali da versare alla Società/Cassa nonché dei contributi per l'adesione alla cassa) posto a base d'asta è il seguente:

	PTA, PD, A/D	Coniuge/Convivente	Figli o affiliati
Coperture generali	€ 10,00		
Piano Assistenza 2.0	€ 320,00	€ 320,00	€ 128,00

Inoltre lo sconto per i figli non potrà essere inferiore al 40% del costo di adesione al Piano di Assistenza offerto.

Per le adesioni in corso di anno, dovrà essere versato un contributo pari a tanti dodicesimi della quota annua, quanti sono i mesi che separano la data di adesione dal 31/12 del secondo anno del biennio come specificato al precedente punto sulle adesioni in corso d'anno.

Per i neonati, facenti parte di nuclei familiari già aderenti al Piano di Assistenza, l'adesione è gratuita fino al 31 dicembre dell'anno di nascita.

5.1. IMPORTO DELL'APPALTO

Il valore complessivo della gara posto a base d'asta, comprendendo tutti i vantaggi economici potenziali per l'operatore economico assegnatario e dunque anche le adesioni volontarie, è di **€ 6.263.350,00** per il periodo massimo di 6 anni (tutti gli importi si intendono fuori campo IVA ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R 633/72

Si specifica che il valore del contratto stipulato con l'assegnatario sarà corrispondente a:

- Coperture generali, per un valore stimato complessivo pari a € 354.550.020,00 per i 6 anni
- Adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa, per un valore stimato complessivo pari a € 5.908.800,00 per i 6 anni (costituito da importo a carico dell'Ateneo e adesioni volontarie a carico del singolo assistito).

Si specifica che l'importo complessivo stimato a carico Ateneo per il periodo 6 anni è pari a 3.600.980,00 € fuori campo IVA, corrispondente a:

- Coperture generali, per un valore stimato complessivo pari a 354.550,00 € per i 6 anni
- Adesione al piano di assistenza sanitaria integrativa per il solo PTA, per un valore stimato complessivo pari a 2.482.560,00 € per i 6 anni e adesioni volontarie del Personale Docente Strutturato, non garantite, per un valore stimato di 840.400,00 € per i 6 anni (ipotizzando un'adesione media del PD pari al 50% dell'organico, ed un contributo medio parimenti del 50%), per un TOTALE complessivo, stimato e non garantito, per 6 anni pari a 3.600.980,00 €.

La restante parte, stimata pari a € 2.661.520,00 e derivante da adesioni volontarie a carico del singolo assistito sarà di conseguenza finanziata con apporti di capitale privato.

La seguente tabella riporta il dettaglio del calcolo del valore complessivo della gara e del costo a carico Ateneo, suddivisi per le categorie di assistiti.

COPERTURE GENERALI	N° adesioni stimato 2022	N° medio adesioni stimato 2023-2027	base d'asta procapite	valore stimato 2022	valore stimato 2023-2027	valore stimato 6 anni	Costo stimato Ateneo 2022	Costo stimato Ateneo 2023-2027	TOTALE Stimato Ateneo
PTA	1.253,000	1.301,000	€ 10,00	€ 12.530,00	€ 65.050,00	€ 77.580,00	€ 12.530,00	€ 65.050,00	€ 77.580,00
PD Strutturati	1.555,000	1.770,000	€ 10,00	€ 15.550,00	€ 88.500,00	€ 104.050,00	€ 15.550,00	€ 88.500,00	€ 104.050,00
Ass./Dott.	2.882,000	2.882,000	€ 10,00	€ 28.820,00	€ 144.100,00	€ 172.920,00	€ 28.820,00	€ 144.100,00	€ 172.920,00
TOTALE	5.690,000	5.953,000		€ 56.900,00	€ 297.650,00	€ 354.550,00	€ 56.900,00	€ 297.650,00	€ 354.550,00

Piano Assistenza Sanitaria 2.0	N° adesioni stimato 2022	N° medio adesioni stimato 2023-2027	base d'asta procapite	valore stimato 2022	valore stimato 2023-2027	valore stimato 6 anni	Costo stimato Ateneo 2022	Costo stimato Ateneo 2023-2027	TOTALE Stimato Ateneo
PTA	1.253,000	1.301,000	€ 320,00	€ 400.960,00	€ 2.081.600,00	€ 2.482.560,00	€ 400.960,00	€ 2.081.600,00	€ 2.482.560,00
Familiari PTA	164,000	177,000	€ 320,00	€ 52.480,00	€ 283.200,00	€ 335.680,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
figli PTA	344,000	370,000	€ 128,00	€ 44.032,00	€ 236.800,00	€ 280.832,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
PD Strutturati	777,000	800,000	€ 320,00	€ 248.640,00	€ 1.280.000,00	€ 1.528.640,00	€ 124.320,00	€ 640.000,00	€ 764.320,00
Ass./Dott.	210,000	228,000	€ 320,00	€ 67.200,00	€ 364.800,00	€ 432.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
Familiari PD	245,000	268,000	€ 320,00	€ 78.400,00	€ 428.800,00	€ 507.200,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
figli PD	411,000	452,000	€ 128,00	€ 52.608,00	€ 289.280,00	€ 341.888,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
TOTALE	3.404,000	3.596,000		€ 944.320,00	€ 4.964.480,00	€ 5.908.800,00	€ 525.280,00	€ 2.721.600,00	€ 3.246.880,00

A norma della disciplina vigente (decreti legislativi nn. 50/2016 e 81/08) la Stazione appaltante reputa che non vi siano rischi interferenziali per la sicurezza dei lavoratori dell'aggiudicatario e pertanto non reputa opportuno scomputare dalla base di gara alcun costo sulla sicurezza.

6. EFFETTO DEL PIANO DI ASSISTENZA PER ADESIONI CON CONTRIBUTO A CARICO DI ATENEO

Per tutto il personale per cui è previsto un contributo (anche parziale) a carico dell'Ateneo, il Piano di Assistenza ha effetto dalle ore 00.00 del giorno di decorrenza stabilito dal contratto in deroga all'art. 1901 del Codice Civile. Il termine per il pagamento è elevato a 30 giorni dal ricevimento dell'atto contabile emesso dalla Società/Cassa riportante l'elenco delle persone assistite. Se entro tale data i premi/contributi non sono stati pagati, l'effetto sarà dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Per le adesioni volontarie l'assistenza ha effetto come disciplinato al paragrafo B.1.2 del presente capitolato

Il pagamento sarà effettuato direttamente da Politecnico di Milano per il personale con contributo a carico di Ateneo, mentre per le adesioni volontarie il pagamento sarà effettuato direttamente dall'assistito alla Società/Cassa secondo le modalità stabilite da quest'ultima.

7. DURATA DELLA CONVENZIONE

Il contratto avrà durata biennale, decorrente dal 1° gennaio 2022 fino al 31 dicembre 2023. A tale data la polizza/assistenza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Alla scadenza di tale primo periodo, il Politecnico di Milano potrà chiedere la proroga del servizio per un secondo biennio.

Alla scadenza di tale secondo periodo, il Politecnico di Milano potrà chiedere la proroga del servizio per un terzo ed ultimo biennio.

Qualora l'Ateneo voglia avvalersi della opzione di proroga, il Responsabile del Procedimento provvederà a darne comunicazione alla controparte con un preavviso di almeno due mesi dalla scadenza del contratto. Entro 20 giorni dalla richiesta di proroga il Fornitore è tenuto a rispondere indicando l'accettazione o il rifiuto a proseguire l'erogazione dei servizi. La mancata risposta entro il termine stabilito verrà considerata come un rifiuto della richiesta di proroga. In caso di accettazione, la proroga dovrà essere sottoscritta tra le parti entro 10 giorni.

8. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSISTENZA

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

9. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assistenza è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le

norme di legge.

10. ALTRE ASSICURAZIONI/ASSISTENZE

Il Contraente e l'Assistito sono esonerati dal dichiarare alla Società/Cassa l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assistito di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

11. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assistenza vale in tutto il mondo, salvo diversa specificazione

La Società/Cassa deve garantire la presenza di strutture sanitarie convenzionate almeno nei comuni ove sono presenti sedi del Politecnico:

- Milano
- Como
- Cremona
- Lecco
- Mantova
- Piacenza

L'assistenza dovrà comunque essere garantita anche presso altre strutture convenzionate con la Società/Cassa, ove presenti.

12. RINNOVO A TITOLO PRIVATO

Alla data di scadenza della convenzione, tutti gli aderenti possono rinnovare la copertura con oneri a proprio carico e con esplicita richiesta scritta. Le nuove condizioni di adesione a titolo privato saranno tempestivamente comunicate agli Assistiti dalla Società/Cassa.

La copertura potrà successivamente essere rinnovata senza alcun limite di età.

13. LIMITI DI ETÀ

Non possono essere previsti limiti di età per l'adesione di personale in carico all'Ateneo a qualsiasi titolo, compreso il PD, A/D in caso di adesione volontaria. Potranno eventualmente essere previsti limiti di età, non inferiori a 65 anni, esclusivamente per l'adesione volontaria di familiari e convivente.

Non possono essere previsti limiti di età per il mantenimento dell'assistenza a titolo privato, né in seguito a termine della convenzione (come da paragrafo 11) né in seguito al verificarsi degli eventi di esclusione di cui al paragrafo B.1.2.

14. PENALI

Premesso che l'applicazione delle penali non esclude il diritto del Politecnico di Milano di pretendere il risarcimento di eventuali ulteriori spese e danni per le violazioni e le inadempienze che si risolvano in una non corretta gestione del servizio, il Politecnico di Milano si riserva di applicare penali nei casi e con le modalità di seguito descritte:

- ritardo nell'avvio del servizio, quali ad esempio ritardo nella consegna di eventuali tessere personali o nell'attivazione delle convenzioni con strutture sanitarie presso tutti i comuni obbligatori: euro 100,00= per ogni giorno di ritardo e fino ad un massimo di giorni 30, decorsi i quali il Politecnico di Milano avrà la facoltà di risolvere automaticamente il contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. e di rivolgersi alla ditta seguente in graduatoria;
- ritardo nella consegna del Regolamento esplicativo della convenzione o mancata ricezione delle modifiche richieste € 100,00 per ogni giorno di ritardo;
- ritardo nei rimborsi dovuti agli assistiti: euro 10,00= per ogni singolo caso e per ogni giorno di ritardo rispetto a quanto previsto dal presente Capitolato o alle migliori condizioni offerte in sede di gara;
- ritardo nella disponibilità di prestazioni previste presso strutture convenzionate con la Società/Cassa: euro 10,00= per ogni singolo caso e per ogni giorno di ritardo rispetto a quanto previsto dal presente

Capitolato o alle migliori condizioni offerte in sede di gara;

- ritardo nell'invio della reportistica mensile prevista: euro 50,00= per ogni giorno di ritardo rispetto a quanto previsto dal presente Capitolato;
- mancato rispetto delle condizioni e modalità previste dal Capitolato e delle migliori condizioni proposte in progetto tecnico: Da € 100 ad € 1.000,00 proporzionalmente alla gravità dell'evento.

Il Fornitore riconosce al Committente il diritto di procedere, anche senza preavviso e con le modalità che riterrà più opportune o anche in contraddittorio, a verifiche e controlli volti ad accertare la regolare esecuzione dei servizi e l'esatto adempimento di tutte le obbligazioni assunte.

Tutte le penali verranno applicate previo contraddittorio con il Fornitore, con la sola formalità della contestazione scritta dell'inadempienza al Fornitore, con termine di 5 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della stessa per eventuali difese scritte da parte di quest'ultimo.

L'ammontare delle penali sarà stornato dalle successive fatture emesse dal Fornitore o tramite emissione di note di credito da parte del Fornitore.

L'applicazione delle penali previste dal presente articolo non preclude il diritto dell'Ateneo a richiedere il risarcimento degli eventuali maggiori danni.

Il Fornitore dovrà risarcire il Politecnico di Milano di qualsiasi danno diretto e indiretto che possa comunque derivare da un'inadempienza del Fornitore stesso.

Il Politecnico di Milano si riserva, al raggiungimento di penali per un importo pari al 10% dell'ammontare dell'affidamento, indipendentemente da qualsiasi contestazione, di procedere alla risoluzione del rapporto, ai sensi dell'art. 1456 C.C., con semplice raccomandata PEC, fatte salve le penali già stabilite e l'eventuale esecuzione in danno del gestore inadempiente, salvo il risarcimento per maggiori danni.

Le sanzioni pecuniarie di cui sopra verranno fatturate dal Politecnico di Milano e, qualora non liquidate a scadenza, l'importo verrà prelevato direttamente dalla cauzione, con conseguente obbligo di reintegro.

15. CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Per parte nelle controversie di natura medica si intende in ogni caso l'assistito, è esclusa ogni coinvolgimento, responsabilità o onere per la Contraente.

Per le controversie di natura medica, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assistito.

16.REPORTISTICA

Il Fornitore si impegna ad inviare entro il 15 di ogni mese un report in formato elettronico contenente, in forma anonima ed aggregata, le tipologie di prestazione erogate e le richieste di rimborso ricevute nel mese precedente, indicando almeno il numero e l'ammontare delle richieste ricevute suddivise per tipologia, l'evidenza delle richieste accettate o negate, con motivazione del rifiuto.

17.RISERVATEZZA

Il Fornitore si impegna a conservare il più rigoroso riserbo in ordine a tutta la documentazione fornita dall'Amministrazione.

Il Fornitore si impegna altresì a non divulgare e a non utilizzare per fini estranei all'adempimento dell'accordo stesso procedure, notizie, dati, atti, informazioni o quant'altro relativo alla Fondazione Politecnico di Milano, al Politecnico di Milano e al suo know-how.

Il Fornitore si impegna altresì a restituire all'Amministrazione, entro 10 giorni dall'ultimazione delle attività commissionate tutti gli atti ed i documenti alla stessa forniti dalla Committente ed a distruggere, ovvero rendere altrimenti inutilizzabili, ogni altro atto.

18.TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

Il Fornitore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

Il Fornitore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia di Milano della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Il Fornitore si impegna inoltre a fornire, su richiesta della Stazione appaltante, documentazione idonea per consentire le verifiche di cui all'art. 3, comma 9 della legge 136/2010.

A pena di risoluzione del contratto, tutti i movimenti finanziari relativi alla fornitura devono essere registrati su conto corrente dedicato e devono essere effettuati esclusivamente tramite lo strumento del bonifico bancario o altri strumenti previsti dalla legge 136/2010, salvo le deroghe previste dalla legge.

19.UTILIZZO DEL NOME E DEL LOGO DEL POLITECNICO DI MILANO

Il Politecnico di Milano non potrà essere citato a scopi pubblicitari, promozionali e nella documentazione commerciale né potrà mai essere utilizzato il logo del Politecnico di Milano se non previa autorizzazione da parte del Politecnico stesso. Le richieste di autorizzazione potranno essere inviate all'indirizzo comunicazione@polimi.it.

20.GARANZIA DEFINITIVA

Ai fini della stipula del contratto, l'operatore economico aggiudicatario dovrà prestare, una garanzia, denominata "garanzia definitiva", per l'importo e con le modalità stabilite dall'Art.103 del D.Lgs.50/2016.

La mancata costituzione della suddetta garanzia determina l'annullamento dell'aggiudicazione, la decadenza dell'affidamento e l'acquisizione della cauzione provvisoria.

21.INADEMPIMENTI CONTRATTUALI E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

Il Politecnico di Milano, in qualità di committente, si riserva la facoltà di disporre la risoluzione del contratto, previa diffida ad adempiere ai sensi degli art. 1453 e 1454 del C.C., in caso di inadempimento dell'appaltatore anche di uno solo degli obblighi previsti dal presente contratto, salvo in ogni caso il risarcimento del danno.

Il contratto inoltre potrà essere risolto di diritto, ai sensi dell'Art. 1456 del C.C., allorché il totale delle penali accumulate superi il 10% del costo dell'intera fornitura, salvo in ogni caso il risarcimento del danno.

Resta tuttavia espressamente inteso che in nessun caso il Fornitore potrà sospendere la prestazione dei servizi e/o forniture.

È espressamente inteso che in caso di perdita dei requisiti di cui all'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e nei casi previsti dai patti di integrità il Politecnico di Milano si riserva la facoltà di risolvere il contratto e si riserva il pagamento in tal caso del corrispettivo pattuito solo con riferimento alle prestazioni già eseguite e nei limiti

dell'utilità ricevuta.

In caso di risoluzione del contratto si procederà all'incameramento della cauzione definitiva ove richiesta o, in alternativa, l'applicazione di una penale in misura non inferiore al 10 per cento del valore del contratto. Il Politecnico di Milano può inoltre risolvere il contratto nei casi e con le modalità previste dall'art.108 del D.Lgs.50/2016.

22.RECESSO

Il Politecnico di Milano può inoltre recedere dal contratto nei casi e con le modalità previste dall'art.109 del D.Lgs.50/2016.

23.MODALITA' DI PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI DI ADESIONE

I contributi a carico dell'Ateneo saranno versati dal Politecnico di Milano come segue:

- Per quanto concerne le adesioni a inizio anno: a valle della chiusura della finestra di adesione, la Società/Cassa emetterà un atto contabile riportante l'elenco delle persone assistite, il riferimento della procedura di gara (oggetto e CIG); il Politecnico di Milano provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla relativa ricezione, previa verifica della conformità degli importi richiesti da parte del Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC).
- Per quanto concerne le adesioni/revoche in corso di anno, a fine anno verrà effettuato un conguaglio pari a tanti dodicesimi della quota annua, quanti sono i mesi che separano la data dell'evento al termine del biennio; il pagamento avverrà con le medesime modalità e tempi del punto precedente.

Le richieste di pagamento dei contributi dovranno il seguente codice IPA: UFZCNJ.

24.FORO COMPETENTE

Per ogni effetto del contratto, si riconosce per ogni controversia la competenza del Foro di Milano, salvo quanto specificamente dal presente capitolato in materia di controversie di natura medica.

25.TRATTAMENTO DATI

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 679/2016, le Parti così come individuate, denominate e domiciliate dal presente contratto, in qualità di autonomi Titolari del trattamento, dichiarano reciprocamente di essere informate e di acconsentire, tramite sottoscrizione di questo documento, che i dati personali raccolti e considerati nel corso dell'esecuzione del presente contratto saranno trattati esclusivamente per le finalità previste dal contratto stesso ed in ottemperanza delle misure di sicurezza necessarie per garantire la loro integrità e riservatezza.

Le Parti, in qualità di Titolari autonomi del trattamento, si impegnano a raccogliere i dati degli interessati per le rispettive finalità rispettando il principio di minimizzazione e di consenso informato. L'eventuale utilizzo dei dati per finalità ulteriori è condizionato alla manifestazione di espresso consenso specifico da parte dell'interessato.

In caso di servizi che richiedano il trasferimento di dati personali dal Politecnico al Fornitore o la raccolta di dati personali da parte del Fornitore nell'ambito dello svolgimento del servizio, il Fornitore verrà nominato all'avvio dei servizi dal Committente con apposito atto negoziale ai sensi dell'art. 28 e seguenti del GDPR "Responsabile del trattamento" in relazione alle attività connesse alla esecuzione del presente contratto.

Punto di contatto del Responsabile per la protezione dei dati per il Politecnico di Milano è: privacy@polimi.it.

Le Parti si impegnano, inoltre, ad escludere la diffusione dei dati raccolti in Paesi extra UE e/o Organizzazioni internazionali.

26. NORMATIVA ANTICORRUZIONE

Il fornitore, firma digitalmente il presente capitolato, dichiarando contestualmente quanto segue.

1) RAPPORTI DI PARENTELA

Il Fornitore dichiara che non sussistono rapporti di parentela, affinità, coniugio, convivenza tra i titolari e i soci dell'azienda e il Rettore, Prorettori, Prorettori delegati dei Poli territoriali, Direttore Generale, Dirigenti, Componenti del Consiglio di Amministrazione, i Direttori di Dipartimento, Presidi di Scuola, visibili all'indirizzo <http://www.polimi.it/ateneo/>, RUP della presente procedura.

2) TENTATIVI DI CONCUSSIONE

Il fornitore si impegna a dare comunicazione tempestiva alla Stazione appaltante e alla Prefettura, di tentativi di concussione che si siano, in qualsiasi modo, manifestati nei confronti dell'imprenditore, degli organi sociali o dei dirigenti di impresa.

Il predetto adempimento ha natura essenziale ai fini della esecuzione del contratto e il relativo inadempimento darà luogo alla risoluzione espressa del contratto stesso, ai sensi dell'art. 1456 del c.c., ogni qualvolta nei confronti di pubblici amministratori che abbiano esercitato funzioni relative alla stipula ed esecuzione del contratto, sia stata disposta misura cautelare o sia intervenuto rinvio a giudizio per il delitto previsto dall'art. 317 del c.p.

3) CONOSCENZA DEL CODICE COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI DEL POLITECNICO DI MILANO E PIANO PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DI ATENEO

Il fornitore dichiara di conoscere il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici del Politecnico di Milano e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Ateneo, reperibili all'indirizzo: <http://www.polimi.it/menu-di-servizio/policy/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/>

L'appaltatore ha l'obbligo di rispettare e di divulgare all'interno della propria organizzazione il Codice Etico e di Comportamento del Politecnico di Milano per tutta la durata della procedura di affidamento e del contratto.

Fatti salvi gli eventuali altri effetti, l'inosservanza delle norme e/o la violazione degli obblighi derivanti dal codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui all'art. 54 del D.Lgs. 165/2001 o al Codice Etico e di Comportamento del Politecnico di Milano comporta la risoluzione del presente contratto ai sensi dell'art.1456 del c.c.

4) EX DIPENDENTI

Il Fornitore dichiara di non avere concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e/o di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Università per il triennio successivo alla cessazione del rapporto e si impegna a non stipularli nel successivo triennio.

27. NORME DI RIFERIMENTO

Per tutto quanto non espressamente previsto dagli atti e documenti di gara si fa riferimento al D. Lgs.50/2016 e al Codice Civile.

28. SPESE CONTRATTUALI

Tutte le spese, diritti e imposte, inerenti e conseguenti alla sottoscrizione del contratto, sono a carico dell'aggiudicatario.

29. ACCESSO AGLI ATTI

In caso di richiesta di accesso agli atti, come previsto dal Regolamento di Ateneo, emanato con Decreto del Direttore Generale Rep. n. 3418 Prot. n. 40374 del 18/12/2013, verrà applicato il tariffario approvato dal Consiglio di Amministrazione il 17/12/2013 visibile al seguente indirizzo:

http://www.normativa.polimi.it/upload/statuti/file.php/301/Tariffario_accesso_documenti.pdf

30.CONTATTI DEL PUNTO ORDINANTE

Per eventuali informazioni è possibile contattare il Call Center del Politecnico di Milano, telefono 02 2399 9300 – 800 02 2399, email callcenter@polimi.it, dalle ore 8.00 alle ore 19.00 dei giorni feriali e il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

31.RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile Unico del Procedimento di gara è la dott.ssa Alessandra Moroni.

Milano, lì 28/06/2021

Il Responsabile Unico del Procedimento
Dott.ssa Alessandra Moroni