CAPITOLATO SPECIALE D'ONERI E SCHEMA DI CONTRATTO

PER L'AFFIDAMENTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE A FAVORE DEI DIRIGENTI E DEL PERSONALE DIPENDENTE APPARTENENTE AL CORPO DELLA POLIZIA LOCALE DEL COMUNE DI BOLOGNA

Scheda di Polizza

COMPAGNIA	…….. C.F.Via…….
NUMERO DI POLIZZA	……
CONTRAENTE	**CASSA .....,** Via ……., n. – cap…….Città…… C.F.
ASSOCIATO AL CONTRAENTE	**COMUNE DI BOLOGNA**, Piazza Maggiore, 6 - 40121 Bologna, C.F./P.IVA 01232710374
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 31/12/2026 Scadenza: alle ore 24 del 31/12/2028
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	Annuale
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A. (Filiale di Bologna)
ALIQUOTA PROVVIGIONALE	4,25%

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Comune di Bologna, è regolato:

- ✔ dai frontespizi di polizza e dalle *SCHEDE DI POLIZZA* riportanti i dati essenziali dei contratti relativi ai Dirigenti ed al Corpo della Polizia Locale del Comune di Bologna;
- ✔ dal capitolato tecnico di appalto;
- ✔ dalle varianti al capitolato tecnico di appalto presentate in sede di offerta, che modificano le disposizioni al capitolato stesso, che si riportano integralmente in allegato e che si intendono qui richiamate e recepite costituendo parte integrale e sostanziale del presente contratto.

DEFINIZIONI **5**
SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE **9**
Art. 1 – Durata del contratto 9
Art. 2 – Opzioni di proroga 9
Art. 3 – Pagamento e regolazione del premio 9
Art. 4 – Tracciabilità dei flussi finanziari 10
Art. 5 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio 11
Art. 6 – Recesso dal contratto in caso di sinistro 11
Art. 7 – Modifiche dell'Assicurazione 12
Art. 8 – Altre Assicurazioni 12
Art. 9 – Gestione del contratto – Clausola Broker 12
Art. 10 – Oneri fiscali 12
Art. 11 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società 12
Art. 12 – Foro competente – Elezione domicilio 13
Art. 13 – Interpretazione del contratto 13
Art. 14 – Rinvio alle norme di legge 13
Art. 15 – Trattamento dei dati 13
Art. 16 - Termini di prescrizione. 13
Art. 17 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta 13
Art. 18 – Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso; se non operante eliminare) 13
Art. 19 – Coassicurazione e delega (operante se del caso; se non operante eliminare) 14
SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE, SUPPORTO E ASSISTENZA **15**
Art. 1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro 15
Art. 2 – Modalità di erogazione delle prestazioni e criteri di liquidazione 15
Art. 3 - Regime di convenzionamento diretto 15
Art. 4 - Regime rimborsuale 16
Art. 5 – Informativa sui rapporti con l'Assicurato 17
Art. 6 – Attività di supporto e assistenza – Obblighi della Società 17
Art. 7 – Obbligo della Società di fornire i dati sull'andamento del rischio 18
Art. 8 – Penali 19
SEZIONE III – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE **20**
Art. 1 – Oggetto e decorrenza del servizio 20
Art. 2 – Soggetti assicurati 20
Art. 3 – Area Ricovero 20
Art. 4 – Alta Specializzazione 22
Art. 5 – Visite specialistiche / Esami di laboratorio 23

Art. 6 – Trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio 23
Art. 7 – Cure dentarie 24
Art. 8 – Medicina preventiva 24
Art. 9 – Garanzia per stati di non autosufficienza 24
Art. 10 – Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero (garanzia valida esclusivamente per la categoria Dirigenti) 25
Art. 11– Accesso al Network a tariffe agevolate 25
Art. 12 – Diagnosi comparativa per le seguenti patologie (prestazione valida solo nel caso sia offerta come miglioria tecnica) 25
SEZIONE IV – LIMITAZIONI 27
Art. 1 – Estensione territoriale 27
Art. 2 – Esclusioni dall'Assicurazione 27
Art. 3 – Limiti di età 28
SEZIONE V – PREMIO 29
Art. 1 – Premi anni pro-capite 29
Art. 2 – Determinazione del premio annuo 29
SEZIONE VI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI 30
Art. 1 – Modalità di comunicazione delle anagrafiche alla data di effetto della copertura 30
Art. 2 – Inclusione ed esclusione degli assistiti in corso d'anno 30
SEZIONE VII – MASSIMALI, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI 31
ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 35
ALLEGATO MEDICINA PREVENTIVA 37

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

- **Annualità assicurativa o periodo assicurativo**: Periodo in cui la polizza garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza, così come specificato all'art. 1 "Durata del contratto".

- **Assicurato/ Beneficiario**: Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione, nello specifico:

  - Dirigenti del Comune di Bologna
  - Dipendenti appartenenti alla Polizia Locale del Comune di Bologna

- **Assicurazione**: Il contratto di assicurazione sottoscritto dalle Parti.
- **Assistenza diretta**: La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il network della Società senza anticipare la spesa se non le franchigie eventualmente previste, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.

- **Assistenza indiretta:** La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso il Servizio Sanitario Nazionale o i centri non convenzionati o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.
- **Associato**: Comune di Bologna.
- **Broker**: AON S.p.A. quale Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
- **Cassa di Assistenza** La Cassa di Assistenza Sanitaria/Fondo Sanitario indicata dalla Compagnia, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
- **Centrale Operativa**: La Struttura che consente l'erogazione delle prestazioni previste in polizza e che, con linea telefonica gratuita dedicata, provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Centri Convenzionati (network)**: La rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, centri medici specialisti ed odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

- **Contraente**: Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza. La Cassa di Assistenza Sanitaria/ Fondo Sanitario indicato dalla Compagnia, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

- **Data evento:** Per data evento si intende la data effettiva della prestazione.
- **Difetto Fisico**: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- **Documentazione Medica**: Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici.

- **Documentazione di spesa**: Documentazione di spesa, comprese le notule e ricevute dei farmaci.

- **Ente:** Associato
- **Fisioterapista:** Professionista sanitario in possesso di laurea in fisioterapia o titolo equipollente secondo i requisiti richiesti dalla legge.
- **Franchigia**: La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico. La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.
- **Indennizzo**: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Infortunio**: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intervento Chirurgico**: Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici che richieda l'uso della sala operatoria
- **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.

- **Malattia**: Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, ovvero ai fini del presente contratto, la malattia è definita come qualsiasi deterioramento involontario della salute che può essere accertato da personale medico professionista e che non sia definito come malformazione o difetto fisico.

- **Malformazione**: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale**: L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste. Nel caso in cui venga inserito il nucleo familiare in offerta tecnica, i massimali si intendono per nucleo familiare.

- **Polizza collettiva**: Il documento che prova l'Assicurazione, stipulata ai sensi dell'art. 1891 c.c., da un contraente per conto e nell'interesse di un gruppo di assicurati.
- **Premio/Contributo**: La somma dovuta dalla Cassa per conto del Comune di Bologna alla Società a corrispettivo della' assicurazione, comprensivo del contributo di adesione alla Cassa di Assistenza.

- **Responsabile unico del servizio**: L'interfaccia unica dell'aggiudicatario nei confronti del Contraente. È una figura dotata di adeguate competenze professionali e di idoneo livello di responsabilità e potere decisionale per la gestione di tutti gli aspetti dell'Appalto.
- **Ricovero**: Permanenza con o senza pernottamento in istituto di cura autorizzato al ricovero e/o al day hospital. Deve essere prescritto da un medico e deve essere motivato da obiettive finalità ed esigenze mediche di eseguire prestazioni terapeutiche (per esempio: chemioterapia o interventi chirurgici) o prestazioni diagnostiche (per esempio biopsie) tali che, per scadute condizioni del paziente (tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio) o per indaginosità o invasività esecutiva delle stesse, non possono essere eseguite al domicilio, né in forma "ambulatoriale". Sono esclusi dalle garanzie di polizza i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale.

- **Rischio**: La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
- **Scoperto**: La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
- **Sinistro**: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
- **Società**: L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

- **Visita specialistica – esami di laboratorio:** Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia o infortunio a carattere anche cruento e/o invasivo.

Se non diversamente specificato i termini temporali espressi nel presente documento sono tutti da intendersi come solari.

PREMESSA

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno della Cassa di Assistenza Sanitaria/Fondo Sanitario iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 che la Compagnia dovrà indicare e garantire per tutta la durata dell'appalto e con la quale il Comune di Bologna dovrà stipulare apposito accordo.

Il presente Capitolato ha l'obiettivo di definire le caratteristiche e i requisiti relativi all'acquisizione di servizi di assistenza sanitaria a favore dei propri Dirigenti e dei propri dipendenti appartenenti al Corpo della Polizia Locale. I servizi, il dimensionamento, le modalità di esecuzione e tutte le indicazioni espresse nel presente Capitolato e nelle relative appendici rappresentano la specificazione necessaria per il presente affidamento e, pertanto, le prescrizioni ivi contenute rappresentano requisiti minimi.

Ciò comporta che:

- in fase di offerta, il mancato rispetto di quanto specificato nel presente Capitolato e nelle sue appendici comporterà l'esclusione dalla procedura di gara;
- in fase di esecuzione, il mancato rispetto di quanto specificato nel presente Capitolato e nelle sue appendici, oltre al mancato rispetto di quanto offerto dall'operatore economico in gara, costituirà inadempimento contrattuale che comporterà l'applicazione delle apposite azioni contrattuali.

Le prestazioni oggetto dell'appalto dovranno essere eseguite secondo le modalità e alle condizioni espresse nel presente Capitolato, che descrive il contesto di riferimento e applicativo oggetto dell'appalto, nonché i livelli di servizio che devono essere rispettati in fase di esecuzione.

SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Durata del contratto

Il contratto ha durata di due anni con decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2026 o dalla data di avvio comunicata dal DEC, se diversa, con scadenza alle ore 24 del 31.12.2028, o dopo ventiquattro mesi dalla data di avvio, senza tacita proroga.

È attribuita alla Compagnia la facoltà di recedere dalla presente polizza alla scadenza del primo anno di efficacia mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 90 giorni prima della predetta scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza alla scadenza del primo anno di efficacia mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 30 giorni prima della predetta scadenza annuale.

In entrambe le ipotesi, il contratto cesserà alla scadenza del primo anno, fatto salvo quanto previsto al successivo articolo 2 in tema di proroga.

Art. 2 – Opzioni di proroga

Sia nel caso di naturale scadenza della polizza che nel caso di recesso anticipato, ai sensi dell'art. 120 comma 11 del D.lgs. n. 36/2023, è facoltà dell'Associato, richiedere alla Società, con comunicazione da inviarsi tramite posta elettronica certificata (PEC) prima della scadenza, una proroga temporanea della presente assicurazione ai medesimi prezzi, patti e condizioni del contratto, finalizzata alla conclusione delle procedure di gara per la scelta del nuovo contraente garantendo la continuità del servizio nelle more del subentro della nuova polizza.

Il relativo rateo di premio, conteggiato in pro-rata temporis, verrà corrisposto dall'Associato entro 90 giorni dalla data di effetto del medesimo periodo di proroga.

Nel caso in cui l'Associato eserciti la facoltà di proroga, gli importi dei massimali del presente Capitolato dovranno intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

Art. 3 – Pagamento e regolazione del premio

Il premio annuo pro capite per il complesso delle prestazioni indicate, comprensivo di oneri fiscali, corrisponde a:

- euro 840,00 per ogni Dirigente;
- euro 835,00 per ogni Dipendente Corpo P.L.

Il premio annuo verrà corrisposto sulla base del numero effettivo di Assicurati al 31/12 di ogni annualità o dalla data di avvio comunicata dal DEC, se diversa. Il Comune di Bologna trasmetterà l'anagrafica degli assicurati entro 15 giorni antecedenti la data di decorrenza della copertura.

Il premio di cui sopra verrà regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le inclusioni intervenute durante lo stesso periodo.

Le differenze attive dovute a termini del presente articolo dovranno essere pagate entro 90 giorni successivi al ricevimento da parte dell'Ente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società entro 90 giorni dal ricevimento dei dati consuntivi da parte dell'Ente.

A parziale deroga dell'art. 1901 del codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 (novanta) giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro 90 (novanta) giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se, il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° (novantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del DPR n. 602/1973 la Società dà atto che:
• l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 gennaio 2008, n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

• Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR n. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D. Lgs. N. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

Art. 4 – Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. n. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. n. 136/2010.

Art. 5 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – variazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.
Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 6 – Recesso dal contratto in caso di sinistro

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente Polizza.

Art. 7 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e approvate per iscritto.

Art. 8 – Altre Assicurazioni

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio.

Art. 9 – Gestione del contratto – Clausola Broker

Alla società Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, è affidata la gestione del presente contratto ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione del presente Piano Sanitario avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dall'Associato al Contraente e/o dall'Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dall'Associato al Contraente e/o dall'Assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni dell'Associato al Contraente comportassero una modifica contrattuale, impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto di quest'ultima.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le Parti (Associato al Contraente, Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni effettuate dal Broker e quelle effettuate direttamente dall'Associato al Contraente al Contraente o dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

Il pagamento dei contributi per il Piano Sanitario sarà effettuato dall'Associato al Contraente direttamente al Contraente.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt. 120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. n. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n. 40/2018.

La remunerazione del Broker, pari al 4,25%, è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Associato al Contraente

Art. 10 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associato, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. 11 – Forma delle comunicazioni dell'Associato alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali l'Associato è tenuto, devono essere fatte con email o PEC indirizzate al Broker al quale l'Associato ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 12 – Foro competente – Elezione domicilio

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede dell'Associato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. n. 28/2010 ss.mm.ii.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 13 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 14 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 15 – Trattamento dei dati

Le Parti si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. e dal Regolamento 2016/679/UE (GDPR) in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

Art. 16 - Termini di prescrizione.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 17 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dall'Associato, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1901 del C.C..

Art. 18 – Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso; se non operante eliminare)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza può essere effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia …… Società mandataria

Compagnia ……... Società mandante

Compagnia …… Società mandante

Il termine "Società" indica, quindi, tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del Broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia……Quota xx%

Compagnia …… Quota xx%

Compagnia …… Quota xx%

Art. 19 – Coassicurazione e delega (operante se del caso; se non operante eliminare)

L'assicurazione è ripartita tra le Società indicate nel riparto del premio, in base alle rispettive quote percentuali:

Compagnia …… Quota …… % - Delegataria

Compagnia …… Quota…… %

Compagnia …… Quota …… %

L'Impresa Delegataria, comunque ed in ogni caso in deroga a quanto disposto dall'art.1911 c.c. e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione, sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dal presente contratto, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri nei confronti dell'Assicurato danneggiato o comunque dell'avente diritto, senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Imprese Coassicuratrici.

L'associato dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto a AON S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Comune e degli Assicurati da AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, all'incasso dei premi di polizza, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Con la sottoscrizione della presente polizza le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto della comune gestione in ragione e/o a causa della presente polizza, dando mandato alla Società di firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione del contratto (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata, ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti.

SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE, SUPPORTO E ASSISTENZA

L'erogazione delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

Art. 1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società con la massima sollecitudine possibile a partire dal momento in cui ne viene a conoscenza, nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni sia in modalità diretta che rimborsuale, presentando la documentazione, come specificato nella presente sezione.

Art. 2 – Modalità di erogazione delle prestazioni e criteri di liquidazione

Per la corretta gestione dei sinistri, la richiesta di rimborso o di attivazione del convenzionamento diretto dovrà essere corredata della documentazione medica, indicante la diagnosi o il quesito diagnostico, relativa alla prestazione di cui si richiede il rimborso (vedasi alle singole garanzie).

Le prestazioni possono essere fruite con le modalità sottoindicate, in forma rimborsuale o in forma diretta in strutture sanitarie convenzionate con la Società.

Art. 3 - Regime di convenzionamento diretto

L'Assicurato che intenda usufruire di prestazioni presso strutture sanitarie e medici convenzionati con la presa in carico diretta deve preventivamente prendere contatto con la Società o tramite la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato - oppure attraverso la piattaforma online o la APP.

Per tutte le prestazioni di polizza che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network verrà effettuata con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire esito dell'autorizzazione con un anticipo di almeno 48 ore rispetto alla data fissata per la prestazione. Si precisa che l'Assicurato dovrà essere in possesso della prescrizione medica, con il relativo quesito diagnostico, entro la data di richiesta di presa in carico presso la struttura convenzionata prescelta da presentare in occasione della data fissata per la prestazione; qualora indicato nella specifica garanzia, in caso di prestazioni rese necessarie da infortunio, dovrà essere in possesso anche del Certificato di Pronto Soccorso o equivalente documentazione da parte istituzione sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato, poliambulatorio, centro medico). Qualora l'Assicurato non presenti la documentazione necessaria, la Società ha la possibilità di integrarla senza necessità di chiedere una nuova prestazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza medico sanitaria.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra il Network e la Società, lo stesso si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico.

Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito/a e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per il convenzionamento diretto.

Art. 4 - Regime rimborsuale

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute presso il Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture sanitarie private non convenzionate con la Società, l'Assistito/a deve presentare tramite piattaforma web o App la seguente documentazione:

- In caso di prestazioni in regime di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale completa di lettera di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazioni extra ricovero: prescrizione medica con quesito diagnostico o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia; qualora indicato nella specifica garanzia, in caso di prestazioni rese necessarie da infortunio, dovrà essere in possesso anche del Certificato di Pronto Soccorso o equivalente documentazione da parte istituzione sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato, poliambulatorio, centro medico);

- in caso di Stato di non autosufficienza (LTC): il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein); il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato, che verrà fornito al momento della richiesta di attivazione della garanzia; • Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito; Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche;

- documentazione di spesa quali copia delle ricevute, ticket, fatture e/o notule, debitamente quietanzate; nel caso in cui la documentazione abbia ad oggetto più prestazioni riconducibili ad uno stesso evento, deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione.

Entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta completa di tutta la documentazione necessaria, la Società dovrà:

- evadere la pratica effettuando il pagamento dell'importo da liquidare;
- respingere la pratica con obbligo di motivazione:

- sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Si precisa che le prestazioni connesse a ricoveri, a prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito regime di Intramoenia, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private non convenzionate e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti per le prestazioni private non convenzionate.

Art. 5 – Informativa sui rapporti con l'Assicurato

Al fine di soddisfare le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, la Società dovrà mettere a disposizione, per ciascuna richiesta di rimborso e in tempo utile per gli adempimenti di legge (in particolare per la compilazione della dichiarazione dei redditi), un riepilogo del sinistro denunciato con l'indicazione, per ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'assicurato (quest'ultima detraibile dalla dichiarazione dei redditi).

Art. 6 – Attività di supporto e assistenza – Obblighi della Società

Per tutta la durata del contratto, la Società si impegna a garantire:

a. Supporto e assistenza agli Assicurati, attraverso una Centrale Operativa accessibile mediante numero telefonico gratuito (numero verde) sia da rete fissa che da rete mobile, che garantisca assistenza telefonica quotidiana non inferiore alle 11 ore per ogni giorno lavorativo (indicativamente dalle ore 8,30 alle ore 19,30), su tutte le informazioni inerenti:
    - Le condizioni di assicurazione;
    - Le modalità di accesso alla rete convenzionata;
    - Lo stato dei sinistri;
    - I tempi di rimborso e ogni altra informazioni necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Si precisa che dall'estero l'accesso potrà avvenire tramite un numero nero (a pagamento).
Il sopra indicato elenco viene riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

b. Un portale web ed una APP dedicati alla gestione delle pratiche, che consenta all'Assicurato di:

    - Accedere alla propria area riservata con apposite credenziali nel rispetto di tutti i requisiti sulla sicurezza e della normativa privacy;
    - Visualizzare e scaricare tutte le informazioni e la modulistica relativa ai piani sanitari;
    - Visualizzare le strutture convenzionate disponibili;

- Attivare le richieste in assistenza diretta;
- Procedere alle richieste di rimborso allegando la relativa documentazione sanitaria e di spesa;

- Visualizzare lo stato di lavorazione delle pratiche.

Il sopra indicato elenco viene riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

c. Un numero minimo di strutture sanitarie convenzionate, alla data del bando, che dovrà rimanere entro un margine di tolleranza del 10% rispetto alla composizione numerica dichiarata in gara per tutta la durata del contratto, pari a quello di seguito specificato:
   - Centri medici/Centri diagnostici/Centri fisioterapici/Punti prelievo (possono essere inclusi nel conteggio le case di cura e gli ospedali che eseguono attività diagnostica, fisioterapica/riabilitativa): **1.600** sul territorio nazionale; di cui **20** nella provincia di Bologna (o migliore condizione offerta);

   - Centri/Studi odontoiatrici: **4.400** su tutto il territorio nazionale (o migliore condizione offerta); di cui almeno **35** nella provincia di Bologna (o migliore condizione offerta);
   - Case di cura/Ospedali abilitati al ricovero: **250** su tutto il territorio nazionale (o migliore condizione offerta); di cui almeno **1** nella provincia di Bologna (o migliore condizione offerta)

d. Organizzazione di un'adeguata formazione, in accordo con il Broker, a favore degli assicurati con relativa messa a disposizione di documentazione esplicativa della copertura e del servizio (guida al piano sanitario).

Art. 7 – Obbligo della Società di fornire i dati sull'andamento del rischio

Entro i 15 (quindici) giorni solari successivi al termine di ogni semestre, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Associato l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza.

Il dettaglio dei sinistri, che dovrà essere fornito in formato Excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura), sarà così suddiviso:

- Tipologia di prestazione
- Numero del sinistro attribuito dalla Compagnia
- Data di accadimento dell'evento;
- Data di denuncia del sinistro;
- Tipo di assicurato (Titolare, Familiare);
- Stato del sinistro ("aperto", "chiuso", "chiuso senza seguito");
- Importo richiesto;
- Importo liquidato
- Importo riservato;
- Canale di erogazione (rete, fuori rete, SSN).

Dovrà altresì essere fornita la tabella aggregata (sul fac simile di quella sotto riportata), indicante il rapporto sinistri premi.

	Liquidato						Riservato						Totale Liquidato		Totale Riservato	
Garanzia	N.sx	Fuori Rete	N.sx	Rete	N.sx	SSN	N.sx	Fuori Rete	N.sx	Rete	N.sx	SSN	N.sx	Importo	N.sx	Importo
Totale																
													Tot.Liquidato+ Riservato			
													Premi			
													S/ P			

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Ente, per il tramite del Broker, di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o con ulteriori dati ad integrazione o in un formato diverso.

Le già menzionate statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 15 (quindici) giorni solari dalla ricezione della richiesta inviata mediante mail dall'Associato al contraente per il tramite del Broker.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati, comporta un grave inadempimento contrattuale.

Art. 8 – Penali

In caso di inadempimenti e/o prestazioni non conformi a quanto indicato nelle modalità di espletamento descritte nel capitolato tecnico da parte della Società, per cause non dipendenti da forza maggiore o da fatto imputabile all'Ente, quantificabili in misura non inferiore al 10% delle pratiche gestite per ogni annualità assicurativa, verrà applicata una penale pari all'1‰ (uno per mille) dell'importo contrattuale, per ogni inadempimento riscontrato.

Nel caso in cui la Società non provveda alla trasmissione della reportistica entro i termini di cui all'art 7) Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio, l'Ente si riserva la facoltà di applicare una penale di € 250,00 per ogni giorno di ritardo.

SEZIONE III – CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 1 – Oggetto e decorrenza del servizio

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute in conseguenza di malattia e di infortunio occorso durante l'operatività della copertura, con le modalità indicate dalle norme sotto riportate e nei limiti previsti nelle Tabelle Prestazioni Sezione Dirigenti e Sezione Polizia Locale in calce al presente capitolato.

La polizza opera senza soluzione di continuità rispetto alle precedenti.
Per le prestazioni in assistenza indiretta, l'assicurazione decorre dalle ore 24,00 del giorno indicato in polizza; per le prestazioni in forma diretta nelle strutture sanitarie facenti parte del Network, l'assicurazione decorre dalle ore 24,00 del decimo giorno successivo al ricevimento da parte della Compagnia del tracciato completo delle anagrafiche da inserire in copertura.

Art. 2 – Soggetti assicurati

La presente copertura assicurativa collettiva viene prestata senza preventiva compilazione di questionario sanitario in favore dei seguenti soggetti:

- Dirigenti del Comune di Bologna;
- Dipendenti appartenenti al Corpo della Polizia Locale del comune di Bologna.

Art. 3 – Area Ricovero

3.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia o infortunio, con intervento chirurgico, anche grande intervento:

Il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato nel caso di ricoveri in Istituti di Cura, pubblici o privati.

Rientrano in questa garanzia:
a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei giorni precedenti al ricovero;
b) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);

c) gli onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento risultante dal referto operatorio, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi e apparecchi terapeutici;

d) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica, cure sostenute durante il periodo del ricovero;
e) esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (ad esclusione delle spese alberghiere) sostenute nei giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, conseguenti all'evento considerato;

f) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale purché conseguenti all'evento considerato ed effettuati e

fatturati esclusivamente dall'istituto di Cura, da uno studio medico o da un medico specialista. Le prestazioni devono essere obbligatoriamente prescritte da personale medico specialista;
g) assistenza infermieristica a domicilio nei giorni successivi al ricovero.
Sono compresi tra gli interventi chirurgici:
h) - Parto cesareo e aborto terapeutico
i) - Interventi in regime di Day Hospital
l) - Interventi Ambulatoriali

3.2 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia o infortunio, senza intervento chirurgico:

a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei giorni precedenti al ricovero;
b) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente);
c) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica e infermieristica, cure sostenute durante il periodo del ricovero;
d) visite specialistiche, accertamenti diagnostici, compresi onorari medici sostenuti nei giorni successivi al ricovero;
e) Parto Fisiologico;
f) Day Hospital, comprese terapie mediche, visite ed accertamenti diagnostici, medicinali, pertinenti a malattia e infortunio;
g) assistenza infermieristica a domicilio a seguito di ricovero superiore a 7 giorni, purché prescritta dal medico ospedaliero e/o curante ed entro 15 giorni dalla dimissione.

3.3 Prestazioni integrative delle garanzie "3.1" E "3.2":

a) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il **trasporto** dell'Assicurato a/da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero;
b) Le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Italia o all'estero in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un **accompagnatore** dell'Assicurato;
c) Qualora le spese inerenti all'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le garanzie previste ai precedenti punti, si intendono sostituite dalla corresponsione di una **indennità** per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento);
d) Oltre alla corresponsione della diaria sostitutiva delle spese per ricovero – di cui al punto precedente - l'Assicurazione copre anche le spese, debitamente documentate sostenute e nei limiti indicati in polizza, a titolo di:

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici, compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- esami, prestazioni mediche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere) sostenute nei 90 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero sempreché conseguenti all'evento considerato, nonché effettuati e fatturati dall'Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista. Le prestazioni devono essere obbligatoriamente prescritte da personale medico specialista.

3.4 Anticipi:

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo all'Assicuratore una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti

dell'65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.
In ogni caso l'assicurato è tenuto a trasmettere all'Assicuratore le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

Art. 4 – Alta Specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese relative alle seguenti prestazioni extraospedaliere:

Diagnostica

- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia antalgica (terapia fisica)

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia

- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia
- Elettrocardiografia
- Telecuore
- Doppler
- Elettroencefalografia
- Diagnostica radiologica
- Ecografia
- PET
- Endoscopia
- Ecocardiografia

Per l'attivazione della garanzia è necessario fornire la prescrizione del proprio medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata.

Art. 5 – Visite specialistiche / Esami di laboratorio

La Società provvede al pagamento, delle spese per visite specialistiche ed esami di laboratorio (intendendo per tali gli accertamenti diagnostici, le analisi chimico-cliniche, le analisi del sangue) conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Per l'attivazione della garanzia è necessario fornire la prescrizione del proprio medico curante contenente la presunta patologia o la patologia già accertata; i documenti di spesa devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Art. 6 – Trattamenti fisioterapici a seguito di malattia o infortunio

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per trattamenti fisioterapici e rieducativi, a seguito di malattia o infortunio.
È compreso il noleggio di apparecchiature terapeutiche per trattamenti fisioterapici.
Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione del proprio medico curante o di uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e che le prestazioni siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa; in caso di infortunio è necessario il Certificato di Pronto Soccorso o equivalente documentazione da parte istituzione sanitaria che abbia effettuato il primo soccorso (es. clinica, casa di cura, ospedale privato, poliambulatorio, centro medico).
La Società non provvederà al rimborso delle prestazioni effettuate da figure professionali non riconosciute nell'ordinamento giuridico italiano.
Del pari non saranno rimborsate non qualificate giuridicamente come attività medico-sanitarie, né le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Art. 7 – Cure dentarie

Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche per cure dentarie, ortodontiche e paradontali.
La garanzia è fruibile solo presso strutture convenzionate con la Compagnia.
Visita e ablazione del tartaro sono consentite solo 1 volta all'anno.

Art. 8 – Medicina preventiva

A scelta dell'assicurato, n. 3 visite specialistiche con correlato accertamento diagnostico a scopo preventivo, da eseguire contestualmente alla visita (come da esempi riportati all'allegato MEDICINA PREVENTIVA), esclusivamente presso strutture convenzionate ed effettuate da medici convenzionati.
Per l'attivazione della garanzia non è necessaria la prescrizione medica.

Art. 9 – Garanzia per stati di non autosufficienza

Qualora l'Assicurato, si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente – clinicamente accertata – di svolgere in via autonoma almeno tre dei quattro atti ordinari della vita: lavarsi, vestirsi, nutrirsi e spostarsi a seguito di infortunio occorso o malattia manifestatasi successivamente alla data di stipula del contratto, la Società rimborsa le spese sostenute per assistenza sanitaria (anche di natura riabilitativa) fornita a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali, da organizzazioni o operatori specializzati e legalmente riconosciuti ed abilitati, fino a concorrenza di euro 5.000,00 per persona e per anno assicurativo. Il già menzionato indennizzo è corrisposto per un massimo di due anni.

Agli atti ordinari della vita si attribuiscono i seguenti significati:

- Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.
- Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali, cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo.
- Vestirsi: capacità di mettere e togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente.
- Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

Art. 10 – Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero (garanzia valida esclusivamente per la categoria Dirigenti)

Il piano liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Art. 11– Accesso al Network a tariffe agevolate

Nel caso in cui una prestazione non sia prevista dal piano sanitario o nel caso di esaurimento del massimale di una prestazione prevista dal piano, è possibile accedere - con le modalità indicate dalla Compagnia aggiudicataria - alle strutture sanitarie facenti parte del Network della Società beneficiando delle tariffe riservate alla Compagnia con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Art. 12 – Diagnosi comparativa per le seguenti patologie (prestazione valida solo nel caso sia offerta come miglioria tecnica)

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni gravi

Possibilità di avere un secondo e qualificato parere in merito alla diagnosi già ricevuta o sull'impostazione terapeutica già prescritta dal proprio medico di fiducia e/o da altri operatori sanitari curanti.
L'Assicurato riceverà una consulenza specializzata redatta da medici specializzati nelle patologie sopra elencate.

SEZIONE IV – LIMITAZIONI

Art. 1 – Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.
Nell'ipotesi in cui la Società, tramite accordi internazionali, non possa offrire la possibilità agli assicurati di utilizzare una rete di centri convenzionati (attraverso cui garantire il pagamento diretto senza anticipo da parte dell'assicurato), la garanzia opererà solo nella forma rimborsuale, ferma restando la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa.

Art. 2 – Esclusioni dall'Assicurazione

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

a) la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
b) le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio o da malattia oncologica;
c) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica se prevista;
d) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
e) la cura delle conseguenze di infortuni sofferti alla guida di veicoli, per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sport aerei e motoristici in genere;
f) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
g) tutte le procedure, accertamenti ed interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
h) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo fatto salvo quanto previsto alla garanzia Medicina Preventiva;
j) le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
k) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
l) lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
m) tutte le prestazioni odontoiatriche, nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico, salvo quanto espressamente previsto all'art "Cure Dentarie".

Art. 3 – Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte dello stesso Assicurato.

SEZIONE V – PREMIO

Art. 1 – Premi anni pro-capite

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato, i premi pro capite annui lordi (vale a dire comprensivi degli oneri fiscali) per le persone indicate all'articolo Soggetti assicurati, corrispondono ai seguenti importi:

a) Dirigente	€ *(indicare il premio offerto)*
b) Dipendenti appartenenti al Corpo della Polizia Locale	€ *(indicare il premio offerto)*

Art. 2 – Determinazione del premio annuo

Il premio annuo complessivo è pari a quanto determinato in base al numero totale di dipendenti assicurati, moltiplicato per il premio pro-capite.

Tale premio complessivo sarà riparametrato alla scadenza di ogni annualità assicurativa, sulla base del numero dei dipendenti in forza a tale scadenza.

Il premio verrà corrisposto secondo le modalità indicate all'articolo Pagamento e regolazione del premio.

SEZIONE VI – INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

Art. 1 – Modalità di comunicazione delle anagrafiche alla data di effetto della copertura

A seguito dell'avvio del servizio, il Comune di Bologna fornirà l'elenco del personale in servizio presso la stessa entro 15 giorni antecedenti alla data di decorrenza della copertura.

Art. 2 – Inclusione ed esclusione degli assistiti in corso d'anno

Le inclusioni di Assicurati, dovute a personale di nuova assunzione, sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell'anno, comporteranno la corresponsione dell'60% del premio annuo.

Eventuali esclusioni di assicurati, avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del premio che si considera acquisito dalla Società. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente verrà mantenuto nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Le variazioni di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicate dal Committente, a mezzo posta elettronica alla Società, per tramite del Broker.

Nel caso di nuova assunzione la copertura assicurativa sarà efficace dalle ore 24:00 della data di assunzione se la comunicazione alla Società, anche per il tramite del Broker, venga effettuata entro 30 giorni, dalla data di assunzione. Qualora la comunicazione sia posteriore la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24:00 della data di effettiva comunicazione.

Si specifica che qualunque sia la data di inclusione di un nuovo Assicurato, il massimale non subisce variazioni in aumento o diminuzione nell'importo garantito.

SEZIONE VII – MASSIMALI, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

DIRIGENTI	
DESCRIZIONE GARANZIA	**MASSIMALI ANNO PERSONA** **SCOPERTI / FRANCHIGIE**
AREA RICOVERO	
Ricovero con intervento chirurgico in Istituto di Cura e/o in Ambulatorio	**Euro 50.000** Network: scoperto 15% Fuori Network: scoperto 20% Parto Cesareo: sottolimite Euro 7.000
Grandi Interventi Chirurgici	**Euro 100.000** Network: scoperto 15% Fuori Network: scoperto 20%
Ricovero senza intervento chirurgico in Istituto di Cura e/o in Ambulatorio	**€ 50.000** Network: nessuno scoperto Fuori Network: scoperto 20% Parto Naturale: sottolimite Euro 2.500
Limite temporale precedente il ricovero	**90 giorni**
Limite temporale successivo al ricovero	**90 giorni**
Trasporto Assicurato	**Sottolimite di € 1.000**
Assistenza infermieristica	**50 euro al giorno max 3 giorni**
Accompagnatore	**500 max 50 giorni**
Indennità sostitutiva giornaliera e limite temporale	**€ 120/giorno, max 100 giorni**
AREA FUORI RICOVERO	
***Visite* specialistiche/esami di laboratorio**	**Euro 1.500** Network Franchigia € 35 per prestazione Fuori Network Scoperto 10 % con il minimo di euro € 50 per prestazione SSN Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
Alta Specializzazione	**Euro 5.000** Network Franchigia € 30 per accertamento/ciclo di terapia Fuori Network Scoperto 10 % con il minimo di euro € 50 per accertamento/ciclo di terapia SSN Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
Trattamenti fisioterapici	**Euro 500** Network nessuno scoperto Fuori Network Scoperto 25 % con il minimo di euro € 50 per fattura

Cure dentarie	**Euro 500**
	Network 100%
Visita e ablazione	**solo in rete** una volta all'anno.
Medicina preventiva	n. 3 visite specialistiche a scelta esclusivamente presso strutture convenzionate
Assistenza (in Italia) Consulenza sanitaria telefonica, servizio di guardia medica permanente, invio ambulanza, consegna esiti a domicilio, invio medicinali a domicilio, gestione appuntamento	**Costi effettivi**
Accesso alla rete a tariffe agevolate	**Costi effettivi**
Stato Di Non Autosufficienza (Ltc)	**Euro 5.000**
	Il predetto indennizzo è corrisposto per un massimo di due anni
Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extra Ricovero	**Euro 1.000**
	Network 100%

CORPO DI POLIZIA LOCALE

DESCRIZIONE GARANZIA	**MASSIMALI ANNO PERSONA**
	SCOPERTI / FRANCHIGIE
AREA RICOVERO	

Ricovero con intervento chirurgico in Istituto di Cura e/o in Ambulatorio	**Euro 50.000**
	Network: nessuno scoperto
	Fuori Network: scoperto 20%
	Parto Cesareo: sottolimite Euro 7.000
Grandi Interventi Chirurgici	**Euro 100.000**
	Network: scoperto 15%
	Fuori Network: scoperto 20%
Ricovero senza intervento chirurgico in Istituto di Cura e/o in Ambulatorio	**€ 50.000**
	Network: nessuno scoperto
	Fuori Network: scoperto 20%
	Parto Naturale: sottolimite Euro 2.500
Limite temporale precedente il ricovero	**90 giorni**
Limite temporale successivo al ricovero	**90 giorni**
Trasporto Assicurato	**Sottolimite di € 1.000**
Assistenza infermieristica	**50 euro al giorno max 3 giorni**
Accompagnatore	**500 max 50 giorni**
Indennità sostitutiva giornaliera e limite temporale	**€ 120/giorno, max 100 giorni**
AREA FUORI RICOVERO	
Visite specialistiche/esami di laboratorio	**Euro 1.500**
	Network Franchigia € 35 per prestazione
	Fuori Network Scoperto 10 % con il minimo di euro € 50 per prestazione
	SSN Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
Alta Specializzazione	**Euro 5.000**
	Network Franchigia € 30 per accertamento/ciclo di terapia
	Fuori Network Scoperto 10 % con il minimo di euro € 50 per accertamento/ciclo di terapia
	SSN Ticket rimborsabili al 100% senza franchigie e scoperti.
Trattamenti fisioterapici	**Euro 500**
	Network nessuno scoperto
	Fuori Network Scoperto 25 % con il minimo di euro € 50 per fattura
Cure dentarie	**Euro 500**
	Network 100%
Visita e ablazione	**solo in rete** una volta all'anno.
Medicina preventiva	n. 3 visite specialistiche a scelta esclusivamente presso strutture convenzionate
Assistenza (in Italia) Consulenza sanitaria telefonica, servizio di guardia medica permanente, invio ambulanza, consegna esiti a domicilio, invio medicinali a domicilio, gestione appuntamento	**Costi effettivi**
Accesso alla rete a tariffe agevolate	**Costi effettivi**

Stato Di Non Autosufficienza (Ltc)	**Euro 5.000**
	Il predetto indennizzo è corrisposto per un massimo di due anni

ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si considerano " Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito indicati.

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfoadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.

- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfoadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

ALLEGATO MEDICINA PREVENTIVA

Di seguito è riportato un elenco organizzato per macro-specialità, con esempi di pacchetti composti da visita specialistica e relativo accertamento diagnostico eseguito contestualmente, a scopo preventivo.

L'elenco non ha carattere esaustivo di tutte le possibili combinazioni ma rappresenta una matrice ampia e strutturata di pacchetti effettivamente attivabili.

Qualora si presenti la necessità di attivare un pacchetto non presente nell'elenco, purché composto da visita e relativo accertamento diagnostico eseguito contestualmente alla visita a scopo preventivo, la Compagnia si impegna a concederne l'autorizzazione ed a inserirlo nell'elenco stesso.

MEDICINA INTERNA / CHECK-UP GENERALE

Obiettivo: prevenzione cardiovascolare, metabolica, oncologica di base.

- Visita internistica + ECG basale
- Visita internistica + ecografia addome completo o superiore
- Visita internistica + ecografia tiroide
- Visita internistica + ecocolordoppler TSA (tronchi sovraortici)
- Visita internistica + misurazione ABI (indice caviglia-braccio) per arteriopatia periferica
- Visita internistica + test da sforzo

CARDIOLOGIA

Obiettivo: prevenzione rischio cardiovascolare.

- Visita cardiologica + ECG basale
- Visita cardiologica + ECG dinamico Holter 24h
- Visita cardiologica + Holter pressorio 24h
- Visita cardiologica + ecocardiogramma color doppler
- Visita cardiologica + test da sforzo (ergometrico o su cicloergometro)
- Visita cardiologica + ecocolordoppler TSA
- Visita cardiologica + indice caviglia-braccio (ABI)

PNEUMOLOGIA

Obiettivo: prevenzione BPCO, asma, patologie da esposizione a polveri/fumi/gas.

- Visita pneumologica + spirometria semplice
- Visita pneumologica + spirometria con broncodilatazione
- Visita pneumologica + DLCO (diffusione alveolo-capillare)
- Visita pneumologica + ossimetria basale + sotto sforzo (cammino 6 minuti)

- Visita pneumologica + radiografia torace (da valutare attentamente per indicazioni e frequenza, dato il rischio radiologico)
- Visita pneumologica + test allergologici cutanei di base (prick test respiratori)

ORTOPEDIA / FISIATRIA / MEDICINA FISICA

Obiettivo: prevenzione e gestione precoce di disturbi muscolo-scheletrici

- Visita ortopedica/fisiatrica + valutazione funzionale rachide e arti (test clinici, range di movimento)
- Visita ortopedica/fisiatrica + ecografia muscolo-tendinea distrettuale (spalla, ginocchio, mano, ecc.)
- Visita ortopedica/fisiatrica + valutazione posturale computerizzata (baropodometria, stabilometria)
- Visita ortopedica/fisiatrica + valutazione ergonomica
- Visita ortopedica/fisiatrica + test di forza isometrica o isocinetica

OTORINOLARINGOIATRIA

Obiettivo: prevenzione ipoacusia da rumore, patologie ORL

- Visita ORL + audiometria tonale liminare
- Visita ORL + impedenzometria (timpanogramma, riflessi stapediali)
- Visita ORL + esame otoscopico con videoregistrazione
- Visita ORL + fibroscopia nasale e laringea (per voce professionale o esposizioni specifiche)
- Visita ORL + test vestibolari di screening (es. prove semeiologiche di base)

OCULISTICA

Obiettivo: prevenzione disturbi visivi.

- Visita oculistica + valutazione visus con e senza correzione
- Visita oculistica + autorefrattometria
- Visita oculistica + tonometria oculare (pressione intraoculare)
- Visita oculistica + esame del fundus oculi
- Visita oculistica + test visione dei colori (Ishihara)
- Visita oculistica + test sensibilità al contrasto

DERMATOLOGIA

Obiettivo: prevenzione dermatosi e tumori cutanei.

- Visita dermatologica + dermatoscopia lesioni pigmentate
- Visita dermatologica + mappatura nevi
- Visita dermatologica + patch test di base per sospetta dermatite da contatto (non sempre contestuale, ma programmabile)
- Visita dermatologica + valutazione fototipo + counseling fotoprotezione

GINECOLOGIA

Obiettivo: prevenzione patologie ginecologiche

- Visita ginecologica + ecografia transvaginale o transaddominale
- Visita ginecologica + Pap test / HPV test
- Visita ginecologica + ecografia pelvica per disturbi specifici

UROLOGIA / ANDROLOGIA

Obiettivo: prevenzione patologie urologiche/andrologiche.

- Visita urologica + ecografia apparato urinario e/o prostatica
- Visita urologica + esame urine contestuale
- Visita urologica + dosaggio PSA (prelievo eseguito in occasione della visita, referto successivo)
- Visita andrologica + ecocolordoppler penieno e dei vasi spermatici

NEUROLOGIA

Obiettivo: prevenzione e diagnosi precoce di neuropatie periferiche, disturbi del sonno, cefalee.

- Visita neurologica + elettromiografia/velocità di conduzione (EMG/ENG) distrettuale
- Visita neurologica + EEG
- Visita neurologica + test neurocognitivi di screening (MoCA, MMSE, ecc.)
- Visita neurologica + actigrafia o test di screening disturbi del sonno (dove disponibile)

ENDOCRINOLOGIA / DIABETOLOGIA

Obiettivo: prevenzione diabete e disendocrinie (tiroide, obesità).

- Visita endocrinologica + ecografia tiroidea

- Visita endocrinologica + valutazione composizione corporea (BIA, plicometria)

GASTROENTEROLOGIA / EPATOLOGIA

Obiettivo: prevenzione patologie gastroepatiche

- Visita gastroenterologica + ecografia epato-bilio-pancreatica
- Visita gastroenterologica + test Helicobacter pylori (respiro)

ALLERGOLOGIA / IMMUNOLOGIA

Obiettivo: prevenzione allergie respiratorie o cutanee

- Visita allergologica + prick test respiratori e/o alimentari di base
- Visita allergologica + patch test per dermatite da contatto
- Visita allergologica + spirometria con test di broncoreversibilità



Pompilia
Pepe
Comune di
Bologna
29.09.2026
13:15:43
GMT+02:00