



Capitolato Speciale

Oggetto: Polizza di Assicurazione “Infortuni”

Le Condizioni del Contratto di appalto che verrà concluso all’esito del presente procedimento di selezione del contraente sono integrate e modificate dalle clausole che seguono, le quali prevarranno in caso di contrasto con altre disposizioni del Contratto (in particolare con quanto previsto dalle Condizioni Generali di Contratto, Capitolato d’oneri e allegati relative alla categoria merceologica “Servizi professionali attuariali” CPV 66519600-7del Bando servizi Mercato elettronico della P.A. - M.e.P.A.).

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

- per "**Società**": la Compagnia Assicuratrice;
- per "**Contraente**": il soggetto che stipula la Polizza/Assicurazione;
- per "**Assicurato**": Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
- per "**Beneficiario**": saranno, in caso di Morte, salvo diversa indicazione fornita al momento dell'inclusione in garanzia o salvo diversa designazione successiva, gli eredi legittimi o testamentari. In caso di Invalidità saranno gli Assicurati stessi. I pagamenti delle somme assicurate verranno effettuati dalla Società a favore dei beneficiari per il tramite della Contraente;
- per "**Dipendenti**": Dipendenti di ogni ordine e grado;
- per "**Assicurazione**": il contratto di assicurazione;
- per "**Polizza**": il documento che prova l'assicurazione;
- per "**Premio**": la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per "**Rischio**": la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per "**Sinistro**": il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "**Indennizzo**": la somma dovuta dalla Società all'Assicurato e/o Beneficiario in caso di sinistro;



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. DICHIARAZIONI E COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C., la mancata comunicazione da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come le incomplete inesatte dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della presente polizza, o durante il corso della stessa, non pregiudicherà il diritto a risarcimento, sempreché tali omissioni o inesatte / incomplete dichiarazioni non siano avvenute con dolo.

Art. 2. PROVA DEL CONTRATTO - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni tra le parti dovranno avvenire tramite lettera, raccomandata e non, telefax, telex e qualsiasi altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio quando questa sia rilevabile.

Art. 3. DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto avrà durata dalle ore 24.00 del 01.01.2024 - alle ore 24.00 del 31.12.2025.

Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di differire il contratto di un ulteriore anno, per periodi di tre mesi dopo la scadenza, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, con preavviso di almeno 15 (quindici) giorni da darsi alla Società contraente.

Art. 4. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio annuo entro 45 (quarantacinque) giorni dalla decorrenza della polizza, ferme restando la decorrenza, l'efficacia e l'effetto della garanzia.

In caso di inadempienza la garanzia resterà sospesa dalle ore 24.00 del 45° giorno, e riprenderà vigore alle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, fermo restando il diritto della Società al pagamento di quanto dovuto.

Il termine temporale di pagamento delle semestralità di premio successive è di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa.

I premi verranno pagati in sei rate semestrali uguali.

In caso di inadempienza si procederà come precedentemente previsto.

Art. 5. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

In caso di diminuzione di rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio deve essere fatta alla Società entro 10 giorni dalla data di accadimento o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Art. 7. FACOLTÀ DI RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto di indennizzo, le Parti possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 90 giorni.



In tal caso, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso la Società, nel caso in cui quest'ultima si sia avvalsa di tale facoltà, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8. FORO COMPETENTE

Il Foro competente è esclusivamente quello della sede legale del Contraente.

Art. 9. IMPOSTE E TASSE

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 11. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PERSONE ASSICURATE

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che:

LE PERSONE ASSICURATE SUBISCANO DURANTE LE ATTIVITA' COSI' COME DI SEGUITO DESCRITTE:

- A.** Per i volontari delle A.V.O. e “Progetto Nido Banca Intesa” che svolgono attività di conforto agli infermi, tale garanzia è valida solo per gli infortuni accorsi durante lo svolgimento della loro attività, esclusi i trasferimenti con auto proprie; i soggetti assicurati dovranno essere iscritti in un registro vidimato ed obbligatoriamente tenuto dal Contraente.
- B.** Per i volontari delle associazioni che stipulino con il Contraente convenzioni ai sensi della legge n. 266/91 (Professionalità laureate e non laureate, ad esempio, medici, biologi, infermieri ecc), anche per malattie connesse allo svolgimento dell'attività professionale presso i due presidi ospedalieri.
- C.** Per gli Specialisti ambulatoriali (art. 41 ACN) operanti nelle strutture aziendali contro i danni da responsabilità professionale verso terzi e contro gli infortuni subiti a causa ed in occasione delle attività professionali, compresi quelli eventualmente subiti in occasione dell'accesso dalla e per la sede di servizio.

Ciascun concorrente deve determinare oltre all'offerta anche il costo biennale di una polizza relativa al rischio infortuni di tali volontari (categorie A e B). Si precisa che tale servizio è eventuale e sarà richiesto solo in caso di presenza di volontari.

E' considerato Infortunio l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

E' considerata Invalidità Permanente la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Sono considerati infortuni anche i seguenti eventi:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze nocive in genere;
- le infezioni od avvelenamenti derivanti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;



Servizio Sanitario Nazionale
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
“Santobono Pausilipon”

Via Teresa Ravaschieri, 8
(già Via della Croce Rossa) - 80122 Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

- l'assideramento o congelamento i colpi di sole, di calore o di freddo;
- la folgorazione, caduta fulmini, scariche elettriche ed altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- le ernie traumatiche di qualsiasi natura incluse le ernie discali e le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee;
- le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine.

-ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- durante il servizio militare dovuto ad arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione di carattere eccezionale;
- per eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- durante la guida di mezzi subacquei;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto l'influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, salvo l'uso terapeutico degli stessi;
- da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti in genere;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- infarti ed ernie non traumatiche;
- in caso di guerra, isurrezzioni, tumulti popolari;

Art. 12. PERSONE NON ASSICURABILI

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati, a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 16) CRITERI D'INDENNIZZABILITA'.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni.

Per le persone che raggiungono tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

L'assicurazione non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti forme di infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco-depressive; l'assicurazione cessa al manifestarsi di una delle predette condizioni.

Nel caso in cui venisse erroneamente incassato il premio corrispondente, la Società provvederà alla relativa restituzione senza possibilità di alcuna opposizione da parte del Contraente e dell'Assicurato.

La Contraente è pertanto esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 13. REGOLAZIONE PREMIO

Il Contraente comunicherà i dati consuntivi necessari entro 90 giorni dalla scadenza annuale.

Se il Contraente non effettuerà nei termini prescritti le comunicazioni di cui sopra e/o il pagamento della regolazione entro 45 giorni dall'emissione del documento contrattuale,



l'Impresa, limitatamente per i sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la regolazione, potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore).

E' fatto salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Art. 14. LIMITI TERRITORIALI

La presente Polizza è operante nel mondo intero.

Art. 15. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E RELATIVI OBBLIGHI

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo determinarono, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Contraente entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediato avviso alla Società a mezzo telex e/o telegramma.

Art. 16. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure per il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

A) Invalidità Permanente

Se ad un infortunato in conseguenza di un infortunio verrà riconosciuta una Invalidità Permanente e questa si verificherà - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'Invalidità Permanente.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30/6/1965 no. 1124 con rinuncia alle franchigie relative stabilite nonché alle successive eventuali modificazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di Invalidità Permanente. La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di Invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero



usati come "destri", si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di Invalidità Permanente.

B) Morte Presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, nonché in caso di scomparsa per qualsiasi altra causa verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di Morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite da questa polizza.

Art. 17. RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Art. 18. CECITA' PREESISTENTE

Si conviene che, nel caso preesista la perdita o la cecità di un occhio, verificandosi un infortunio che dia luogo alla perdita totale o parziale del visus dell'altro occhio sano, la Società risarcirà il danno in misura del 60% della somma assicurata per Invalidità Permanente totale.

Art. 19. ASPORTAZIONE TOTALE DELLA FALANGE

Si conviene che in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Art. 20. USO E GUIDA VEICOLI

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti agli Assicurati dall'uso e guida di qualsiasi mezzo di locomozione sia di proprietà che di terzi ivi compresi quelli della Contraente (esclusi quelli aerei e subacquei).

Art. 21. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e alla Contraente, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione del modulo di liquidazione dalla 'Società.



Servizio Sanitario Nazionale
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
“Santobono Pausilipon”

Via Teresa Ravaschieri, 8
(già Via della Croce Rossa) - 80122 Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse, dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società pagherà ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Inoltre, se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato morisse, la Società corrisponderà ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata ed il capitale assicurato per il caso di Morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta italiana.

Art. 22. CONTROVERSIE

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni provocate dall'infortunio, sui miglioramenti che possono essere ottenuti seguendo un adeguato trattamento terapeutico o sul grado di Invalidità Permanente, le Parti si obbligano a conferire mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni della Polizza, ad un contraddittorio fra il medico dell'Assicurato e quello fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo fra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare un Collegio di tre medici: le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa.

La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalle Parti entro una terna di medici proposta dai due primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede della Società stessa. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 23. ESONERO DELLA PREVENTIVA DENUNCIA DELLE GENERALITÀ

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei documenti o atti di amministrazione del Contraente, che questa si impegna ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.



Art. 24. BUONA FEDE

L'eventuale omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o comunque involontario, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Art. 25. ALTRE ASSICURAZIONI

E' data la facoltà al Contraente di non comunicare :

- altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;
- eventuali contratti individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero anche per proprio conto.

Art. 26. RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di rivalsa ("surroga") che potesse competere per l'Art. 1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 27. COASSICURAZIONE E DELEGA – ESTRATTO UNICO – (OPZIONALE IN CASO DI COASSICURAZIONE)

La Società delegataria, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza, (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Società delegataria la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà anche le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici della esazione dei premi o di importi comunque dovuti all'Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 del codice civile, essendo tutte le imprese responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dall'impresa di assicurazione indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Art. 28. LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per l'invalidità permanente è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata, diminuita del 3% per capitali fino a Euro 105.000,00 e del 5% per il capitale eccedente.



SCHEDA DI RISCHIO

PERSONE ASSICURATE

- **SEZIONE A volontari A.V.O. e Progetto Nido (art. 11 lett a)**
- **SEZIONE B volontari delle associazioni che stipulino con il Contraente convenzioni ai sensi della legge n. 266/91 (art. 11 lett a)**
- **SEZIONE C specialisti ambulatoriali (art. 41 ACN)**

SOMME ASSICURATE

N. 0 Volontari A.V.O.

Morte **Euro 15.000,00 x persona**

Invalidità Permanente **Euro 15.000,00 x persona**

N. 0 Volontari “Progetto Nido” Banca Intesa

Morte **Euro 15.000,00 x persona**

Invalidità Permanente **Euro 15.000,00 x persona**

N. 0 Volontari legge 266/91

Morte **Euro 15.000,00 x persona**

Invalidità Permanente **Euro 15.000,00 x persona**

N. 26 Specialisti ambulatoriali

Morte **Euro 1.032.913,80 x persona**

Invalidità permanente **Euro 1.032.913,80 x persona**

Euro 154,94 giornaliero per un massimo di 300 giorni per invalidità temporanea e con decorrenza dalla data di inizio dell’invalidità, indennità giornaliera ridotta del 50% per i primi tre mesi.