



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per un anno dal 1° luglio 2022
CIG 9032310202

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del d. lgs. n. 50/2016,
per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria
per il personale dell'Istituto per un anno dal 1° luglio 2022

(CIG: 9032310202)

RISPOSTE IN ORDINE ALLE RICHIESTE CHIARIMENTI n. 2

Domanda 1

Si richiede indicazione del numero degli aderenti in forma di adesione volontaria per gli anni dal 2021-2022 suddiviso per le categorie indicate alla tabella a pag. 18 del paragrafo 18 (Estensioni facoltative – Rif. Categorie A.1 – A.2 – A.3 – B.1 – B.2 – C.1) del Capitolato Tecnico.

Risposta 1

Di seguito si riporta una tabella recante l'indicazione, per ciascuna categoria, del numero degli aderenti in forma di adesione volontaria, relativamente agli ultimi 3 periodi contrattuali (dal 1° gennaio 2020 al 30 giugno 2021; dal 1° luglio 2021 al 31 dicembre 2021; dal 1° gennaio 2022 al 30 giugno 2022).

ADESIONI ALLE ESTENSIONI FACOLTATIVE			
CODICE	DAL 1/1/2020 AL 30/06/2021	DAL 1/07/2021 AL 31/12/2021	DAL 1/01/2022 AL 30/06/2022
A1	19	25	26
A2	3	3	4
A3	2	3	6
B1	5	5	5
C1		2	2
TOTALE ADESIONI	29	38	43

Domanda 2

Si richiede di fornire le statistiche sinistri di ogni annualità alla data di aggiornamento più recente possibile.

Risposta 2

Non si dispone di statistiche più aggiornate rispetto a quelle pubblicate nel capitolato di gara e nella risposta alla richiesta di chiarimenti n.1.

Domanda 3

Relativamente alle “Prestazioni di alta specializzazione” (paragrafo 12 pag. 12 del Capitolato) è stata chiesta conferma che, analogamente a quanto previsto per le “Prestazioni specialistiche” (paragrafo 13.1 pag. 13 del Capitolato), siano rimborsabili dietro prescrizione medica. Lo stesso vale per le “Prestazioni di alta specializzazione” a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza (punto B paragrafo 17 pag. 16 del Capitolato).

Risposta 3

Si conferma.

Domanda 4

A pag. 18 del Capitolato paragrafo 18 “Estensioni facoltative” sono previste le seguenti estensioni per i figli:

- A.2 “estensione della copertura per ricoveri di cui al paragrafo 11 per i figli non a carico purché conviventi” con contributo annuale pro capite massimo a base di gara € 1.100,00;
- A.3 “estensione delle coperture per i figli conviventi non a carico con tutte quelle previste dal presente Capitolato” con contributo annuale pro capite massimo a base di gara € 2.420,00.

Si chiede conferma che i contributi indicati siano da intendersi per ogni figlio. Per fare un esempio, un dipendente in servizio che voglia l’estensione “A.2” per i suoi due figli non a carico conviventi pagherà € 1.100,00 per ciascuno dei suoi figli, cioè € 1.100,00 + € 1.100,00 = € 2.200,00.

Risposta 4

Si conferma. I contributi relativi alle estensioni facoltative cod. A.2 e A.3 sono dovuti per ciascun figlio per il quale viene sottoscritta l’estensione.

Domanda 5

A pag. 18 del Capitolato paragrafo 18 “Estensioni facoltative” sono previste le seguenti estensioni:

- B.1 “estensione delle coperture di cui al par. 17 per sé e per i familiari a carico con tutte le altre coperture previste per i dipendenti in servizio (incluso il *checkup* per il solo ex dipendente), nell’ambito del massimale previsto per nucleo” con contributo annuale pro capite massimo a base di gara € 2.640,00;
- C.1 “estensione della copertura prevista di cui al par. 17, per sé e per i familiari a carico, dopo il periodo di copertura a carico dell’Istituto” con contributo annuale pro capite massimo a base di gara € 2.200,00.

È stato chiesto se i contributi indicati debbano intendersi per ogni persona oppure per ogni capo-nucleo. Per fare un esempio, uno Specialista che andrà in quiescenza dalla data del 1° luglio 2022 e che voglia l’estensione “B.1” per sé e per i suoi due figli a carico, dovrà pagare € 2.640,00 oppure € 7.920,00 (dati da € 2.640,00 per sé, € 2.640,00 per il primo figlio, € 2.640,00 per il secondo figlio)?

Risposta 5

I costi dei contributi pro- capite, relativi alle estensioni facoltative cod. B.1 e C1, sono riferiti al capo-nucleo e a tutti i familiari a carico dello stesso. Pertanto, rimangono invariati qualunque sia la numerosità del nucleo a carico del titolare.

Domanda 6

Relativamente alle “Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza” (paragrafo 17 pag. 15 del Capitolato) è stata chiesta conferma che non sia in copertura il parto, in quanto non esplicitamente citato nella garanzia “A. Prestazioni connesse a ricoveri”.

Risposta 6

Si conferma, nelle prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza non è compreso il parto.

Domanda 7

Relativamente alle “Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza” (paragrafo 17 pag. 15 del Capitolato) si chiede conferma che le prestazioni previste alla garanzia “B. Prestazioni di alta specializzazione” non siano in copertura se effettuate per il controllo della gravidanza.

Risposta 7

Si conferma, le suddette prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza non sono in copertura se effettuate per il controllo della gravidanza.

Domanda 8

Si chiede conferma che, analogamente a quanto previsto per le visite al punto a) paragrafo 13.1 “Prestazioni specialistiche” a pag. 13 del Capitolato, nel quale sono escluse le visite odontoiatriche, si intendano esclusi gli accertamenti odontoiatrici da “analisi ed esami diagnostici” previsti al punto b) paragrafo 13.1 “Prestazioni specialistiche” a pag. 13 del Capitolato, e al punto B) “Prestazioni di alta specializzazione” paragrafo 17.2 pag. 16 del Capitolato.

Risposta 8

Si conferma, nelle suddette prestazioni specialistiche non sono comprese le visite odontoiatriche, che rientrano nelle prestazioni odontoiatriche di cui al par.14 del Capitolato.

Domanda 9

A pag. 6 del Capitolato al paragrafo 6 “Termine per i rimborsi delle spese effettuate direttamente dall’Assistito” si legge “[...] I rimborsi dovuti agli assistiti vengono effettuati su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate. Il rimborso deve essere effettuato dalla Cassa entro 30 giorni solari, decorrenti dalla data di ricevimento della documentazione completa. La Cassa dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso. In caso di ritardo, si applica la penale prevista dall’art.12 dello Schema di contratto”. Al fine di garantire un miglior servizio agli assicurati nella gestione del rimborso, si chiede conferma di poter indicare nella guida al piano sanitario gli eventuali documenti necessari non normati nel capitolato (a titolo di esempio: cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera, documenti fiscali con scorporo dei costi per ciascuna prestazione nel caso di prestazioni odontoiatriche, ecc.).

Risposta 9

Come previsto dal par. 6 del Capitolato, il processo di liquidazione dei rimborsi richiesti dagli assistiti dovrà essere descritto nell’Offerta tecnica e sarà oggetto di valutazione da parte dell’Istituto secondo quanto previsto dal Disciplinare di gara. L’eventuale Guida non potrà

comunque prevedere a carico degli assistiti eccessivi oneri di allegazione documentale, soprattutto con riferimento alla documentazione che, nei casi di assistenza diretta, potrà essere acquisita dalla Cassa direttamente dalla struttura convenzionata (es. cartella clinica).

Domanda 10

A pag. 13 del Capitolato al paragrafo 13.1 “Prestazioni specialistiche” si legge “c) trattamenti fisioterapici per infortunio o malattie gravi (ictus, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatie); terapie fisiche, mediche e farmacologiche per gravi patologie (a titolo indicativo: artropatie acute, diabete complicato, malattie del sangue, morbo di Parkinson, maculopatia degenerativa e gravi patologie dell’occhio che richiedono trattamento con iniezioni intravitreali e retrobulbari).” Al fine di assicurare una corretta erogazione delle prestazioni agli assicurati ed evitare malintesi nell’interpretazione della garanzia, si chiede se è possibile definire, prima della partenza del contratto, un elenco completo delle gravi patologie da rendere disponibile nella guida al piano sanitario per gli assistiti.

Risposta 10

La Cassa potrà definire, d’intesa con l’IVASS, prima dell’avvio del contratto, un elenco delle gravi patologie, in aggiunta a quelle indicate nel Capitolato, a carattere indicativo e non esaustivo.

Domanda 11

Con riferimento al paragrafo 16 “Anticipo” a pag. 15 del Capitolato, si chiede conferma che con “idonea documentazione” si possa intendere la documentazione fiscale e medica necessaria per una corretta valutazione dell’evento, compresa la documentazione integrativa eventualmente richiesta dalla Compagnia.

Risposta 11

Vedi anche risposta 9. La documentazione richiesta non potrà comunque prevedere a carico degli assistiti eccessivi oneri di allegazione.

Domanda 12

Si chiede conferma che l’indennità sostitutiva prevista al paragrafo 11.2 “Indennità sostitutiva” a pag. 12 del Capitolato sia erogabile nel solo caso di ricovero inteso come degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento.

Risposta 12

Si conferma.

Domanda 13

A pag. 7 del Capitolato art. 8 “Prestazioni accessorie” al punto b) “Reportistica e informativa” si legge: “Il suddetto report dovrà essere fornito in formato .xls e dovrà pervenire entro il mese di febbraio di ciascun anno, [...]”. Poiché il contratto avrà decorrenza 1° luglio 2022 e durata 1 anno, si chiede conferma che il report dovrà pervenire entro il mese di luglio 2023.

Risposta 13

Si conferma.

Domanda 14

A pag. 17 del Capitolato art. 18 “Estensioni facoltative” si legge: “La Cassa dovrà, per ciascun periodo assistenziale, prevedere le integrazioni facoltative, di seguito descritte, a

totale carico: [...] del personale già in quiescenza alla data del 1° gennaio 2022 con profilo di Direttore e del personale che andrà in quiescenza dalla data del 1° gennaio 2022, ovvero che gode, a tale data, della copertura assistenziale a carico dell'Istituto.". Si chiede conferma che i riferimenti al 1° gennaio 2022 siano dei refusi e che si intendesse invece 1° luglio 2022.

Risposta 14

Si conferma, le suddette date di riferimento devono intendersi fissate al 1° luglio 2022.

Domanda 15

Con riferimento al paragrafo 14 "Prestazioni odontoiatriche" a pag. 14 si chiede conferma che il limite massimo dello scoperto, pari a euro 300,00, debba essere applicato al singolo intervento e al singolo dente nel caso di manufatto protesico, a prescindere dal numero di sedute.

Risposta 15

Il limite massimo dello scoperto pari a 300 euro deve essere applicato a ciascun sinistro gestito in forma indiretta, a prescindere dal numero delle sedute, con la conseguenza che qualora la prestazione resa dal professionista comporti una spesa superiore a 1.500 euro, si applicherà il predetto limite massimo.

Domanda 16

In relazione a quanto previsto nell'allegato 1 dello Schema di contratto, che prevede testualmente: "L'IVASS, per quanto sopra evidenziato, con separato atto provvederà a nominare la Cassa "Responsabile del trattamento" dei dati di titolarità di IVASS, trasmessi dall'Istituto per l'attivazione del servizio", si chiede cortese conferma che la titolarità di IVASS riguarderà esclusivamente i dati anagrafici dei propri dipendenti e degli eventuali familiari, che verranno trasmessi all'aggiudicataria dell'appalto per l'attivazione del servizio mentre la titolarità dei dati personali, anche relativi alla salute, necessari per l'esecuzione del servizio, sarà in capo all'aggiudicataria.

Risposta 16

Si conferma che la titolarità di IVASS riguarderà esclusivamente i dati anagrafici dei propri dipendenti e degli eventuali familiari, che verranno trasmessi all'operatore aggiudicatario dell'appalto per l'attivazione del servizio.

Domanda 17

Si chiede conferma che non trovi applicazione la norma sull'indicazione della terna di subappaltatori in quanto il comma 6 dell'art. 105 del Codice Appalti è sospeso sino al 31 dicembre 2023 (ex art. 52, c. 1, lett. a), n. 9 del D.L. 77/2021, convertito in L. 108/2021) e che pertanto il concorrente debba indicare, in caso di ricorso al subappalto, nel proprio DGUE solo un nominativo del subappaltatore.

Risposta 17

Si conferma.

Domanda 18

Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, compilare la sezione D del DGUE indicando le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

Risposta 18
Si conferma.

Domanda 19

Si chiede conferma che per soggetti cessati nell'anno antecedente la data di pubblicazione del bando di gara ai sensi dell'art. 80 del d.lgs. 50/2016 si intendano quelli cessati entro i 365 giorni antecedenti la pubblicazione del bando.

Risposta 19
Si conferma.

Domanda 20

Con riferimento al requisito 3.3 lett. e) del Disciplinare di gara ("avere eseguito nei tre anni antecedenti la data di pubblicazione del bando almeno un contratto avente ad oggetto il servizio di assistenza sanitaria stipulato con Amministrazioni, Enti, Organismi e aziende Pubbliche o che aggiudicano in qualità di stazioni appaltanti pubbliche") si chiede conferma che si intenda aver svolto almeno un servizio analogo nel triennio (e non uno per ciascuna anno del triennio) e che non sia necessario che duri per il triennio, ma l'importante è che abbia decorrenza e scadenza in tale periodo di riferimento.

Risposta 20
Si conferma.

Domanda 21

Con riferimento al requisito 3.3 lett. f) del Disciplinare di gara ("avere la disponibilità, allo scadere del termine per la presentazione delle offerte, di una rete di strutture sanitarie convenzionate atte a garantire l'assistenza diretta secondo le specifiche indicate dal Capitolato Tecnico") si chiede conferma che la Cassa possa ricorrere per il suo soddisfacimento ad avvalimento nell'ambito del costituendo Raggruppamento Temporaneo di imprese (RTI) con una compagnia di assicurazione mandante.

Risposta 21
Si conferma

Domanda 22

Si chiede conferma che, in alternativa alla compilazione del DGUE sul portale, il concorrente possa utilizzare un altro modello di DGUE in formato elettronico contenente le informazioni richieste e poi, una volta sottoscritto, caricarlo nella busta amministrativa.

Risposta 22
Si conferma.

Domanda 23

All'art. 24 dello schema di contratto si prevede che "L'IVASS con separato atto provvederà a nominare la Cassa, relativamente ai dati di titolarità di IVASS trasmessi per l'attivazione del servizio, "Responsabile del trattamento" ai sensi dell'art. 29 del d. lgs. n. 196/2003, in riferimento alle attività connesse alla esecuzione del presente contratto". Tale previsione si ripete anche nell'Allegato 1 al contratto. La scrivente ritiene che la nomina a "Responsabile del trattamento" (rif. Regolamento UE n. 2016/679) non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati. Considerando infatti che:

- i trattamenti svolti per l'erogazione di piani di assistenza sanitaria integrativa rappresentano l'attività tipica del Fondo Sanitario Integrativo;
- che il Fondo Sanitario effettua un trattamento di dati personali per effetto del sottostante rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto della stazione appaltante, soggetto quest'ultimo che raccoglie e tratta i dati per finalità diverse rispetto al fornitore del servizio assicurativo.

La scrivente reputa più corretto essere individuata quale "Titolare del trattamento", come pure chiaramente indicato dal Garante per la protezione dei dati personali nel parere di cui al Decreto concernente l'Anagrafe dei fondi sanitari (<https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/1655693>), in cui ciascun Fondo è qualificato Autonomo Titolare del trattamento.

Analoghe considerazioni valgono anche in caso di partecipazione della Cassa in RTI con una compagnia di assicurazione mandante.

Si chiede quindi conferma che in caso di aggiudicazione, tale articolo dello Schema di contratto possa essere opportunamente modificato e l'allegato 1 al contratto sia da considerarsi come non apposto.

Risposta 23

Come indicato nella risposta 16, il Fondo Sanitario sarà nominato responsabile del trattamento unicamente per i dati anagrafici dei dipendenti che l'IVASS trasmetterà per l'attivazione del servizio e per i necessari aggiornamenti. Si conferma che il Fondo, come indicato a pag. 4 dell'allegato 1 al contratto, rimarrà titolare del trattamento relativamente ai dati che verranno trasmessi dagli assicurati o acquisiti dalla rete convenzionata per i trattamenti erogati.

Domanda 24

Si chiede conferma che il contratto, in caso di RTI, sarà adeguato all'assetto di partecipazione del concorrente.

Risposta 24

Nel caso in cui aggiudicatario della procedura risulti essere un RTI, il contratto prevederà il riferimento alla compagine raggruppata, fermo restando che sarà stipulato con il Fondo sanitario in qualità di mandatario del RTI.

Domanda 25

Si chiede conferma che la presentazione al punto 1 della scheda di offerta tecnica (all. 3) in caso di partecipazione in costituendo RTI debba anche essere relativa alla mandante.

Risposta 25

Si conferma.

Domanda 26

Si chiede conferma che il modulo scheda rete convenzionata e la scheda di offerta economica possano essere modificate, in caso di partecipazione in costituendo RTI, per inserire anche i dati della mandante e che debbano essere firmati sia dalla mandataria che dalla mandante.

Risposta 26

Si conferma.

Domanda 27

Si chiede se nell'ambito della richiesta, contenuta nell'Offerta Tecnica, relativa al numero delle strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche si debbano considerare solo gli studi odontoiatrici o anche strutture di tipologia diversa (quali, ad esempio, le Case di cura) in cui risulta convenzionata anche l'odontoiatria.

Risposta 27

Nel numero delle strutture convenzionate per le prestazioni odontoiatriche possono essere comprese strutture di tipologia diversa dagli studi odontoiatrici, ma che comprendano tra i servizi resi anche l'odontoiatria.

Domanda 28

Si chiede conferma che nelle Strutture sanitarie convenzionate non abilitate al ricovero notturno si possano considerare anche i centri fisioterapici e i centri medici.

Risposta 28

Si conferma.

Domanda 29

Si chiede conferma che nell'Offerta tecnica non debbano essere allegati gli elenchi completi che compongono la rete nazionale di strutture convenzionate resa disponibile dal concorrente ma solo i seguenti 5 elenchi:

- a) strutture sanitarie convenzionate nel territorio di Roma Capitale abilitate al ricovero notturno;
- b) strutture sanitarie convenzionate nel territorio di Roma Capitale non abilitate al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi ecc.);
- c) Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), pubblici e privati, in convenzione, situati nel territorio nazionale;
- d) strutture sanitarie situate nel territorio di Roma Capitale ove poter effettuare il check-up in assistenza diretta;
- e) strutture/professionisti convenzionati per le prestazioni odontoiatriche nel territorio di Roma Capitale per le cure odontoiatriche.

Risposta 29

Si conferma, all'Offerta tecnica devono essere allegati i suddetti 5 elenchi, anche in formato excel.

Domanda 30

Si chiede conferma che non sia prevista l'intermediazione di un broker. In caso contrario si chiede di fornire l'indicazione della percentuale provvigionale da corrispondere da parte dell'aggiudicatario.

Risposta 30

Si conferma.

Domanda 31

All'interno del Disciplinare di gara par. 2 "Servizi oggetto di gara, durata del contratto, importo presunto" è riportato che il valore complessivo dell'appalto è pari 3.090.736,00. In riferimento a tale importo si chiede se gli importi dei contributi annuali indicati (euro 4400 ed euro 1760) siano comprensivi o meno delle imposte pari al 2,5%.

Risposta 31

L'importo dei contributi indicati nel Disciplinare (e, in genere, in tutta la documentazione di gara) è comprensivo di eventuali imposte.

Domanda 32

In riferimento allo schema di Offerta economica, si chiede se i contributi delle estensioni facoltative siano o meno comprensivi delle imposte pari al 2,5%.

Risposta 32

L'importo dei contributi indicati nello schema di Offerta economica è comprensivo di eventuali imposte. Vedi anche risposta precedente.

Domanda 33

In riferimento alla garanzia check up (par 13.2 Capitolato Tecnico) si chiede:

- conferma che la Cassa dovrà eventualmente prevedere sia l'insieme delle prestazioni elencate in Allegato 2 sia dei check up mirati e che i check up mirati possono prevedere le stesse analisi indicate nell'allegato 2; sarà poi l'assicurato a scegliere quale "pacchetto" utilizzare;
- conferma che l'assicurato potrà scegliere solo uno dei "pacchetti" di prestazioni ossia o gli esami dell'Allegato 2 o i checkup mirati;
- conferma che sia le prestazioni dell'Allegato 2 che le prestazioni dei checkup mirati eventualmente offerti, potranno essere fruiti unicamente dai dipendenti in servizio e dal personale in quiescenza con profilo di Direttore;
- di precisare se le prestazioni indicate nell'Allegato possono essere fruiti una sola volta l'anno;
- di precisare se i checkup mirati eventualmente offerti, potranno essere fruiti una sola volta l'anno.

Risposta 33

- Si conferma che la Cassa dovrà eventualmente prevedere sia le prestazioni elencate in Allegato 2, sia i checkup mirati, e che i checkup mirati possono prevedere le stesse analisi indicate nell'allegato 2. Sarà poi l'assicurato a scegliere quale "pacchetto" utilizzare;
- si conferma che l'assicurato potrà scegliere solo uno dei "pacchetti" di prestazioni, ossia o gli esami dell'Allegato 2 o i checkup mirati;
- si conferma che sia le prestazioni dell'Allegato 2 sia le prestazioni dei checkup mirati eventualmente offerti, potranno essere fruiti, in linea di principio, dai dipendenti in servizio e dal personale in quiescenza con profilo di Direttore. Solo in caso di sottoscrizione dell'estensione facoltativa cod.B1, i checkup potranno essere usufruiti anche dal personale in quiescenza inquadrato nei profili di Specialista ed Esperto e nell'Area operativa;
- si precisa che le prestazioni indicate nell'Allegato 2 possono essere fruiti una sola volta l'anno;
- si precisa che i checkup mirati eventualmente offerti potranno essere fruiti una sola volta l'anno.

Domanda 34

Si chiede conferma che non siano comprese in copertura le spese connesse alla fecondazione artificiale, in quanto l'infertilità non è da considerarsi patologia ma uno stato.

Risposta 34

Si conferma.

Domanda 35

Si chiede se siano comprese in copertura le spese per follow-up oncologico, intendendosi per tali quelle relative agli Assicurati che hanno avuto un'esperienza oncologica, che sono liberi da malattia ma necessitano di controlli periodici per almeno cinque anni per diagnosticare tempestivamente un'eventuale ripresa della malattia o una nuova patologia collegata alla prima. In caso siano da intendersi comprese, si chiede di fissare un limite temporale dalla diagnosi e di indicare i documenti necessari che devono essere richiesti all'Assicurato per l'accoglimento della richiesta.

Risposta 35

I follow-up oncologici, essendo diretti a verificare l'esistenza di recidive della malattia tumorale, rientrano nelle coperture previste, nei modi e nei tempi risultanti dalla prescrizione medica.

Domanda 36

Si chiede conferma che non siano comprese in copertura le spese sostenute per accertamenti eseguiti per la ricerca di infezione da SARS-CoV-2 quali tamponi molecolari o test rapidi antigenici, in assenza di sintomatologia.

Risposta 36

Si conferma.

Domanda 37

Si chiede conferma che non siano compresi in copertura gli interventi chirurgici di natura preventiva.

Risposta 37

Le condizioni di assistenza sanitaria coprono le alterazioni dello stato di salute causate da alterazioni organiche o funzionali o da infortunio, e la gravidanza. Le esclusioni dalla copertura sono espressamente previste dal par. 19 del capitolato di gara. La terapia medica o chirurgica per la cura della malattia è rimessa alla prescrizione del medico curante o dello specialista e, specie nel caso di malattie oncologiche, non può essere contestata dalla Cassa o dal Fondo in sede di autorizzazione al ricovero o di rimborso delle spese sostenute.

Domanda 38

Si chiede conferma se siano o meno ricompresi in copertura gli atti medici, come da elenco sotto riportato:

- Infiltrazioni (compreso PRP)
- Terapia sclerosante (qualunque metodo)
- Rimozione di apparecchio gessato (gypsotomia)
- Apposizione di punti di sutura
- Somministrazione di farmaci
- Artrocentesi
- Paracentesi
- Toracentesi
- Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta) MONNALISA
- Fototerapia
- UVB
- Luce pulsata
- Legatura elastica delle emorroidi

- Idroelettroforesi

Nel caso siano compresi, si chiede entro che limiti.

Risposta 38

Le prestazioni evidenziate nella domanda, compresi gli atti medici ove non rientranti in alcuna delle altre garanzie previste (es. prestazioni connesse ai ricoveri), risultano comprese nelle terapie per gravi patologie di cui al paragrafo 13.1, lettera c) del capitolato, con il massimale ivi previsto (euro 1.500,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare, inteso quale sotto limite del massimale annuo previsto per le prestazioni specialistiche).

Domanda 39

Si chiede se le spese sostenute per laserterapia a scopo fisioterapico debbano essere riconosciute nell'ambito del massimale previsto per la garanzia "Alta Specializzazione" o nell'ambito del massimale "Prestazioni Specialistiche".

Risposta 39

Le spese sostenute per laserterapia a scopo fisioterapico rientrano nel massimale previsto per le prestazioni di alta specializzazione

Domanda 40

Si chiede conferma che non siano comprese in copertura le spese sostenute per psicoterapia.

Risposta 40

In linea con quanto previsto dal par.19 del Capitolato, le spese sostenute per psicoterapia rientrano nella copertura solo nel caso siano eseguite da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione.

Il Responsabile del Procedimento
Firmato digitalmente da
Isabella Bozzano