

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 71 del d. lgs. n. 36/2023, per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria a favore del personale dell'Istituto

CIG BBF6224016

RISPOSTE AI CHIARIMENTI RICHIESTI
3^a tranche

Domanda 54

Con riferimento allo Schema di Offerta Economica, si chiede cortese conferma che i costi relativi alla sicurezza connessi al presente appalto e i costi per la manodopera connessi con l'esecuzione del contratto, da dichiarare con riferimento all'importo complessivo dei contributi che saranno calcolati applicando il ribasso percentuale di cui al punto A dello Schema di Offerta Economica, vale a dire i contributi della Tabella 1 del paragrafo 3 del Disciplinare di gara scontati secondo il ribasso offerto, siano da indicare su base annua.

Risposta 54

Si conferma, i costi della manodopera e della sicurezza vanno indicati su base annua.

Domanda 55

Con riferimento all'art. 3.3. "MODIFICA DEL CONTRATTO IN FASE DI ESECUZIONE" del Disciplinare di Gara, relativamente all'Opzione di proroga del contratto, si legge: *"Nel caso in cui tale rapporto dovesse risultare superiore al 75%, i contributi unitari saranno aumentati proporzionalmente all'entità del superamento di detta soglia e comunque in misura non superiore al 15%."*

Si chiede cortese conferma che tale clausola possa essere così interpretata:

qualora, a titolo di esempio, il rapporto tra sinistri e corrispettivi di competenza del periodo di riferimento risulti essere pari a 76,50%, allora i contributi unitari saranno aumentati del 2,00%;

analogamente, a titolo di esempio, qualora suddetto rapporto risulti essere pari a 82,00%, allora i contributi unitari saranno aumentati dell'9,33%.

Qualora l'interpretazione qui esemplificata non fosse corretta, si chiede cortesemente di indicare degli esempi di corretta interpretazione.

Risposta 55

Non si conferma l'interpretazione prospettata.

L'art. 3.3 del Disciplinare di gara e il corrispondente art. 3 dello Schema di Contratto prevedono che, in caso di esercizio dell'opzione di proroga, qualora l'andamento del rapporto sinistri/corrispettivi rilevato nei primi sei mesi di copertura risulti superiore al 75%, i contributi annuali siano aumentati *"proporzionalmente all'entità del superamento di detta soglia e comunque in misura non superiore al 15%"*.

La ratio della disposizione è di consentire il mantenimento dell'equilibrio contrattuale, temperando il principio della contrattazione pubblica relativo alla predeterminazione del valore massimo contrattuale con l'assunzione del rischio di impresa in capo all'appaltatore, specie in considerazione del principio di mutualità che vige nel mercato assicurativo.

Ne consegue che individuato come rapporto di equilibrio il rapporto sinistri a premi della copertura entro la soglia del 75%, l'applicazione della percentuale di incremento dei premi verrà determinata al fine di riportare tendenzialmente nel concreto la copertura alla

situazione di equilibrio prospettata. Pertanto, nell'esempio indicato a fronte del raggiungimento del rapporto S/P del 76,5% l'incremento dei premi sarebbe dell'1,5%. Fermo restando il tetto massimo del 15% ove venisse superata la soglia massima del 90%

Domanda 56

Con riferimento al punto 4. dell'art. 3 "Proroga per la seconda annualità" dello Schema di Contratto si legge: "A tale semestre di "proroga tecnica" si applicheranno le seguenti condizioni:

e) il corrispettivo relativo ai servizi di medicina preventiva (check up) verrà corrisposto per intero.". Si chiede a cosa faccia riferimento il termine "corrispettivo", dal momento che non si rinviene, all'interno degli atti di gara, un corrispettivo in euro corrisposto in modo esclusivo per il check-up, previsto, una volta l'anno, esclusivamente in assistenza diretta per i dipendenti in servizio e il personale in quiescenza con profilo di Direttore.

Risposta 56

La previsione contenuta nell'art. 3, comma 4, lett. e), dello Schema di Contratto deve essere intesa nel senso che, durante l'eventuale periodo di proroga tecnica semestrale, il servizio di medicina preventiva (check-up) dovrà continuare ad essere erogato integralmente agli aventi diritto, senza l'applicazione delle riduzioni previste per altre prestazioni e massimali, restando la relativa remunerazione ricompresa nei corrispettivi complessivamente dovuti per la proroga tecnica.

Domanda 57

Con riferimento all'art.1 "Durata del Contratto" del Capitolato Tecnico, si chiede cortese conferma che la facoltà ivi prevista al secondo capoverso faccia riferimento alla "Opzione di proroga del contratto" disciplinata al primo capoverso dell'art. 3.3. "MODIFICA DEL CONTRATTO IN FASE DI ESECUZIONE" del Disciplinare di Gara.

In caso di risposta affermativa, laddove si legge "Nelle suddette ipotesi di proroga e di variazione delle prestazioni, la Cassa si impegna fin d'ora, a fronte del pagamento del relativo rateo di contributo, a prorogare il servizio alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in corso", si chiede cortese conferma che questa previsione valga fatto salvo quanto previsto all'art. 3.3. "MODIFICA DEL CONTRATTO IN FASE DI ESECUZIONE" del Disciplinare di Gara relativamente all'Opzione di proroga del contratto, in quanto, qualora la Stazione Appaltante richiedesse tale proroga e l'Aggiudicatario accettasse, se il rapporto sinistri a premi fosse superiore al 75%, il servizio verrebbe prorogato prevedendo contributi più elevati rispetto a quello in corso, nella misura di quanto previsto.

Risposta 57

Si conferma.

Domanda 58

All'art. 2 "Soggetti Assistiti" del Capitolato Tecnico, si legge: *"Le sole prestazioni di cui ai successivi articoli 9 (ricoveri) e 13 (cure oncologiche) sono estese, senza il pagamento di alcuna quota a carico dei titolari, al coniuge o parte di unione civile, del dipendente in servizio e del personale in quiescenza con profilo di Direttore, anche se non a carico, purché gli stessi siano convivente, o al convivente "more uxorio" (ovvero convivente di fatto ai sensi della Legge 76/2016)".* Si chiede cortese conferma che per coniuge o parte di unione civile del dipendente in servizio si intenda il coniuge o parte di unione civile del solo

personale in servizio inquadrato nel profilo di Specialista ed Esperto e nell'Area Operativa e non anche del personale in servizio inquadrato nel profilo di Direttore.

Risposta 58

Non si conferma.

Ai fini dell'estensione delle prestazioni di cui agli artt. 9 e 13 del Capitolato Tecnico, per "dipendente in servizio" deve intendersi tutto il personale in servizio destinatario del Piano Sanitario, ivi compreso il personale inquadrato nel profilo di Direttore.

Domanda 59

Relativamente alle "Prestazioni di alta specializzazione", di cui all'art.10 del Capitolato, si chiede cortese conferma che, analogamente a quanto previsto per le "Prestazioni specialistiche", di cui al paragrafo 11.1 del Capitolato, per l'attivazione della garanzia sia necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Si chiede cortese conferma che lo stesso valga anche per le "b) Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)" previste all'art.15.2 "Prestazioni" a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza.

Risposta 59

Si conferma.

Per entrambe le prestazioni richiamate (Prestazioni di alta specializzazione e Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi) per l'attivazione della garanzia è necessaria la presentazione di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Domanda 60

Relativamente all'art. 15.2 Prestazioni a favore degli Specialisti, degli Esperti e degli Operativi in Quiescenza del Capitolato, si chiede conferma che le prestazioni previste alla garanzia "b) Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)" non siano in copertura se effettuate per il controllo della gravidanza.

Risposta 60

Si conferma.

Le prestazioni effettuate esclusivamente per il controllo della gravidanza non rientrano nella copertura prevista dall'art. 15.2, lett. b), del Capitolato Tecnico, salvo che la singola prestazione sia comunque riconducibile a una delle specifiche tipologie espressamente elencate nella medesima disposizione e sia effettuata per finalità diagnostiche o terapeutiche diverse dal mero monitoraggio della gravidanza.

Resta ferma, ove ne ricorrano i presupposti (patologie legate alla gravidanza), l'operatività delle altre garanzie espressamente previste dal Capitolato Tecnico.

Domanda 61

Si chiede conferma che, analogamente a quanto previsto per le visite al punto a) dell'art.11.1 "Prestazioni specialistiche" del Capitolato, nel quale sono escluse le visite odontoiatriche, si intendano esclusi gli accertamenti odontoiatrici da "analisi ed esami diagnostici" previsti al punto b) dell'art.11.1 "Prestazioni specialistiche", dall'art.10 "Prestazioni di alta specializzazione" e dal punto "b) Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)" dell'art.15.2 del Capitolato.

Risposta 61

Si conferma.

Domanda 62

All'art.11.1 "Prestazioni specialistiche" del Capitolato si legge: "c) [...] 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 62

Non si ritiene opportuno definire preventivamente un elenco tassativo ed esaustivo delle gravi patologie rilevanti ai fini dell'applicazione della garanzia.

L'art. 11.1, lett. c), del Capitolato Tecnico individua, infatti, alcune patologie "a titolo indicativo", espressione che evidenzia la natura esemplificativa e non esaustiva dell'elencazione riportata.

La finalità della previsione è quella di consentire l'accesso alla garanzia per trattamenti fisioterapici, terapie fisiche, mediche e farmacologiche correlati a patologie caratterizzate da particolare gravità o rilevanza clinica, senza limitare la copertura alle sole fattispecie espressamente richiamate nel Capitolato.

Pertanto, la valutazione in merito alla riconducibilità della singola prestazione alla garanzia dovrà essere effettuata sulla base della documentazione sanitaria prodotta e delle caratteristiche cliniche della patologia interessata.

Resta ferma la facoltà dell'aggiudicatario di predisporre e di distribuire, previa condivisione con la stazione appaltante, nell'ambito della documentazione informativa destinata agli assistiti, indicazioni operative e casistiche esemplificative finalizzate a favorire una corretta comprensione delle prestazioni garantite, purché tali indicazioni non introducano limitazioni o condizioni ulteriori rispetto a quelle previste dal Capitolato Tecnico.

Domanda 63

All'art.13 "Cure oncologiche" del Capitolato si legge: "*La Cassa rimborsa al 100% le spese sostenute e documentate per le terapie relative a malattie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.) con il limite massimo di euro 40.000,00 per anno assistenziale e per nucleo familiare.*" 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 terapie relative a malattie oncologiche incluse in questa garanzia da rendere disponibile nella guida al piano sanitario per gli assistiti. Si chiede conferma che lo stesso possa farsi con riferimento al punto "c) Cure oncologiche" dell'art. 15.2 Prestazioni.

Risposta 63

In analogia a quanto indicato nella risposta 62 non si ritiene opportuno definire preventivamente un elenco tassativo ed esaustivo delle terapie oncologiche ammesse a rimborso. La formulazione dell'art. 13 ("chemioterapia, cobaltoterapia, ecc.") evidenzia infatti il carattere esemplificativo e non limitativo dell'elencazione riportata. Analogamente, l'art. 15.2, lett. c), richiama in termini generali le "terapie relative a malattie oncologiche" senza circoscriverle a specifiche tipologie di trattamento.

La garanzia deve pertanto intendersi riferita alle prestazioni e ai trattamenti sanitari che, sulla base delle evidenze cliniche e della documentazione medica prodotta, risultino finalizzati alla cura di patologie oncologiche in quanto riconosciute dalla comunità scientifica.

Domanda 64

Si chiede cortese conferma che l'indennità sostitutiva prevista al paragrafo 9.2 "Indennità sostitutiva" del Capitolato sia erogabile, con riferimento alla lettera a) del paragrafo 9.1, ai soli ricoveri intesi come degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, come da definizione (pagina 5 del Capitolato).

Risposta 64

Si conferma.

Domanda 65

Con riferimento all'art. 11.1 Prestazioni specialistiche del Capitolato, si chiede conferma che l'indicazione "*visite mediche generiche*" al punto a) sia un refuso, poiché sono indennizzabili all'interno di tale garanzia le sole visite specialistiche.

Risposta 65

Non si conferma.

La formulazione dell'art. 11.1, lett. a), del Capitolato Tecnico prevede espressamente tra le prestazioni rimborsabili le "visite mediche generiche e specialistiche domiciliari o ambulatoriali, incluse le visite pediatriche e di controllo in gravidanza escluse quelle odontoiatriche". La disposizione è formulata in modo chiaro e non presenta elementi tali da far ritenere che il riferimento alle visite mediche generiche costituisca un refuso. Pertanto, nell'ambito della garanzia di cui all'art. 11.1, lett. a), risultano ricomprese sia le visite mediche generiche sia le visite mediche specialistiche, nonché le visite pediatriche e i controlli in gravidanza.

Domanda 66

Con riferimento al paragrafo 14 "Anticipo" 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 66

Si conferma.

Domanda 67

Con riferimento agli articoli 10 "Prestazioni di alta specializzazione" e 15.2 "Prestazioni" le-era b) "Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)" si chiede conferma che:

- la LASERTERAPIA è prevista, nelle due garanzie, a solo scopo fisioterapico;
- la voce ENDOSCOPIA comprende, nelle due garanzie, tutte le endoscopie a scopo diagnostico;
- la DIALISI è prevista, nelle due garanzie, in regime ambulatoriale.

Risposta 67

Si conferma. In particolare, con riferimento alle prestazioni di cui all'art. 10 del Capitolato Tecnico e all'art. 15.2, lett. b) ("Prestazioni extraospedaliere – alta specializzazione e analisi"), si chiarisce che:

- la laserterapia deve intendersi ricompresa in garanzia quale prestazione di alta specializzazione effettuata per finalità diagnostiche o terapeutiche riconducibili all'ambito sanitario previsto dal Capitolato; pertanto, ai fini dell'operatività della copertura, la prestazione deve essere prescritta e giustificata da esigenze cliniche documentate. Non sono in ogni caso comprese prestazioni aventi finalità esclusivamente estetiche;
- la voce "endoscopia" comprende le prestazioni endoscopiche effettuate a scopo diagnostico, purché clinicamente appropriate e supportate dalla prescrizione medica richiesta dal Capitolato;
- la dialisi si intende coperta nell'ambito delle prestazioni extraospedaliere previste dalle citate disposizioni quando effettuata in regime ambulatoriale o comunque senza ricovero; resta ferma l'eventuale applicazione delle diverse garanzie previste dal Capitolato qualora la prestazione sia resa nell'ambito di un ricovero.

Domanda 68

All'art. 20 "Esclusioni" lettera J) si legge "psicoterapia salvo che non sia eseguita da medico o da psicologo abilitato all'esercizio della professione". Si chiede conferma che la psicoterapia è prevista agli articoli 11.1 "Prestazioni specialistiche" lettera c), 13 "Cure oncologiche" e 15.2 "Prestazioni" lettera c) cure oncologiche.

Risposta 68

Si conferma.

Domanda 69

Con riferimento all'art. 11.1 "Prestazioni specialistiche" lettera d) protesi ortopediche e acustiche si chiede conferma che è previsto in copertura il solo acquisto.

Con riferimento all'art. 15.2 "Prestazioni" lettera b) "Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)" si chiede conferma che con "acquisto/noleggio di apparecchi protesici (escluse protesi dentarie e lenti occhiali)" si intendono in copertura le sole protesi acustiche e ortopediche.

Risposta 69

Si conferma che con riferimento all'art. 11.1 "Prestazioni specialistiche" lettera d) è previsto in copertura il solo acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

Non si conferma che, con riferimento all'art. 15.2 "Prestazioni" lettera b) "Prestazioni extraospedaliere (alta specializzazione e analisi)", siano da intendersi in copertura le sole protesi acustiche e ortopediche. Infatti, la formulazione utilizzata è diversa e prevede espressamente "acquisto/noleggio di apparecchi protesici (escluse protesi dentarie e lenti occhiali)".

Domanda 70

Con riferimento art.13 "Cure oncologiche" si chiede conferma che le prestazioni possono essere erogate sia in regime ambulatoriale sia in regime di Day Hospital e ricovero e che le stesse possono essere eseguite, senza applicazione di franchigie o scoperti, in assistenza diretta, indiretta o tramite SSN.

Si chiede conferma della stessa interpretazione anche per la garanzia punto “c) Cure oncologiche” dell’art. 15.2 “Prestazioni”.

Risposta 70

Si conferma, sia in riferimento all’art. 13 “Cure oncologiche” che in riferimento dell’art. 15.2 “Prestazioni” lettera c).

Domanda 71

Con riferimento all’art. 11.1 “Prestazioni specialistiche” lettera c) si chiede conferma che i trattamenti fisioterapici per infortunio sono erogabili in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Risposta 71

Ai sensi dell’art. 11.1, lett. c), del Capitolato Tecnico, sono rimborsabili i trattamenti fisioterapici per infortunio e per le gravi patologie espressamente indicate.

Con riferimento ai trattamenti fisioterapici conseguenti a infortunio, il relativo evento può essere comprovato mediante certificato di Pronto Soccorso, o di altra struttura medica pubblica o convenzionata con la compagnia, idoneo a documentare l’accadimento dell’infortunio e le conseguenze cliniche che hanno reso necessario il trattamento fisioterapico.

Resta fermo che la richiesta di rimborso dovrà essere corredata dalla documentazione sanitaria prevista dal Capitolato Tecnico e da ogni ulteriore documentazione eventualmente necessaria a comprovare la correlazione tra l’infortunio occorso e i trattamenti effettuati.

Domanda 72

Con riferimento alle modalità di presentazione dell’offerta, si chiede di confermare che, con riguardo all’Offerta Tecnica e all’Offerta Economica, gli unici documenti da sottoscrivere digitalmente e da inserire nelle rispettive cartelle compresse (a loro volta firmate digitalmente) siano i seguenti:

Offerta Tecnica

- 12_Schema_di_offerta_tecnica_CIG_BBF6224016 ed eventuali allegati richiesti al suo interno;
- Relazione tecnica dei servizi offerti.

Offerta Economica

- 13_Schema_di_Offerta_Economica_CIG_BBF6224016

Risposta 72

Si conferma.

Resta fermo che il concorrente è tenuto a rispettare le modalità operative previste dalla PAD e dalla documentazione di gara.

Il Responsabile unico del progetto

firma 1