

**Procedura aperta, ai sensi del d. lgs. n. 163/2006, per l'affidamento
del servizio di assistenza sanitaria per il personale
dell'Istituto per gli anni 2016 e 2017**

(CIG 6337230F9E)

RISPOSTE IN ORDINE AI CHIARIMENTI RICHIESTI

CAPITOLATO TECNICO

Domanda 1

Si chiede conferma che i soggetti destinatari della copertura totale a favore del personale dirigente, a partire dal 01.01.2016, in base all'art. 10 del Capitolato Tecnico, siano i seguenti: i dirigenti in servizio e i dirigenti in quiescenza; il coniuge fiscalmente a carico del dirigente in servizio o del dirigente in pensione; gli altri familiari fiscalmente a carico del dirigente in servizio o del dirigente in quiescenza; il convivente more uxorio del dirigente in servizio o del dirigente in pensione che non abbia un reddito complessivo superiore al limite fissato dal comma secondo dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi.

Risposta 1

I destinatari della copertura sanitaria totale a favore del personale dirigente, come indicato nell'art. 10 del Capitolato Tecnico sono:

- i dirigenti in servizio ed assimilati (di seguito anch'essi dirigenti) e i dirigenti in pensione;
- il coniuge fiscalmente a carico dei dirigenti sopraindicati;
- gli altri familiari fiscalmente a carico dei dirigenti sopraindicati;
- il convivente more uxorio dei dirigenti sopraindicati che non abbia un reddito annuo complessivo superiore al limite fissato dal comma secondo dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi;
- i figli, conviventi del dirigente, anche se non fiscalmente a carico, che non godano di un reddito annuo lordo superiore a € 43.675,00 (importo da adeguare ad inizio anno) sino al compimento di 21 anni o di 26 anni se studenti.

Domanda 2

Si chiede conferma che i destinatari della copertura parziale a favore del personale dirigente, a partire dal 01.01.2016 in base all'art. 10 del Capitolato Tecnico, sono i seguenti soggetti: il coniuge convivente non a carico del dirigente in servizio o in pensione; i figli conviventi, a carico o non a carico, del dirigente e con reddito annuo lordo non superiore a euro 43.675,00 sino al compimento di 21 anni o di 26 anni se studenti; il convivente more uxorio del dirigente in servizio o in pensione con reddito complessivo superiore al limite fissato dal comma secondo dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi.

Risposta 2

I destinatari della copertura sanitaria parziale a favore del personale dirigente, come indicato nell'art. 10 del Capitolato Tecnico sono:

- il coniuge, convivente e fiscalmente non a carico del dirigente in servizio o in pensione;
- il convivente more uxorio del dirigente in servizio o in pensione con reddito annuo complessivo superiore al limite fissato dal comma secondo dell'art. 12 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi.

Domanda 3

In riferimento al paragrafo 9 “Andamento Sinistri periodo 2010-2014” del Capitolato Tecnico, si chiede conferma che la data di estrazione delle statistiche in dettaglio e in aggregato, relative ai sinistri per il personale dirigente, sia il 29/05/2015.

Risposta 3

Si conferma che la data di estrazione delle statistiche in dettaglio e in aggregato, relative ai sinistri per il personale dirigente di cui al paragrafo 9 del Capitolato Tecnico, è il 29/05/2015.

Domanda 4

In riferimento al paragrafo 22 “Andamento Sinistri periodo 2010-2014” del Capitolato Tecnico, si chiede conferma che la data di estrazione delle statistiche in dettaglio e in aggregato, relative ai sinistri per il personale non dirigente, sia il 30/04/2015.

Risposta 4

Si conferma che la data di estrazione delle statistiche in dettaglio e in aggregato, relative ai sinistri per il personale non dirigente di cui al paragrafo 22 del Capitolato Tecnico, è il 30/04/2015.

Domanda 5

In riferimento al paragrafo 22 “Andamento Sinistri periodo 2010-2014” del Capitolato Tecnico, si chiede di specificare se le statistiche dettagliate relative ai sinistri per gli anni 2011-2012-2013-2014 facciano riferimento a prestazioni in assistenza diretta o indiretta.

Risposta 5

Si specifica che le statistiche dettagliate relative ai sinistri per gli anni 2011-2012-2013-2014, di cui al paragrafo 22 “Andamento Sinistri periodo 2010-2014” del Capitolato Tecnico, fanno riferimento al totale delle prestazioni (assistenza diretta e a rimborso).

Domanda 6

Servizi di assistenza sanitaria a favore dei dirigenti Punto 7 - Dati economici: confermate che il contributo di € 6.500 indicato in tabella è relativo alla copertura oltre che del dirigente e assimilato (vale a dire i soggetti indicati nella prima 4 alinea del punto 10) anche del nucleo familiare degli stessi così come definito alla quinta alinea del citato punto 10 e del coniuge non fiscalmente a carico entro i limiti previsti dalla sesta alinea del punto 10 ?

Risposta 6

Il contributo annuale di € 6.500 per dirigente è relativo alla copertura del dirigente e assimilato e del proprio nucleo familiare, formato dai soggetti aventi diritto secondo quanto indicato al punto 10 del Capitolato Tecnico.

Domanda 7

Servizi di assistenza sanitaria a favore dei dirigenti punto 9 - Andamento sinistri:

- sarebbe possibile ricevere i dati inerenti i sinistri suddivisi tra: dirigente, coniuge e figli?
- confermate che i dati riportati nelle due tabelle non tengono conto dei contributi e sinistri inerenti eventuali estensioni di copertura (ad esempio per i figli non fiscalmente a carico)?
- sarebbe possibile ricevere maggiori informazioni circa i contributi ed i sinistri delle suddette estensioni nel corso delle diverse annualità? (sempre, ovviamente, ove tali estensioni fossero già previste).

Risposta 7

Relativamente al punto 9, si fa presente che non si conosce la suddivisione dei sinistri tra le teste assicurate. Inoltre, si precisa che l'andamento sinistri si riferisce unicamente ai dirigenti, assimilati e ai familiari aventi diritto di cui al punto 10 del Capitolato Tecnico. Estensioni di coperture a totale carico dei dirigenti interessati, a favore dei familiari non aventi diritto alla copertura base, sono

state oggetto di polizza collettiva stipulata tra le associazioni sindacali e la Cassa di Assistenza preposta. L'Istituto, pertanto non dispone dei dati richiesti in merito.

Domanda 8

Servizi di assistenza sanitaria a favore dei dirigenti punti da 11 a 16 - considerato che al primo capoverso del punto 10 -Destinatari è indicato "La Cassa dovrà erogare contributi economici a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto" si chiede conferma che per aver diritto al rimborso delle spese sostenute l'interessato dovrà produrre oltre ad idonea documentazione di spesa anche valida certificazione medica che attesti la patologia certa/presunta o l'infortunio che hanno reso necessarie le prestazioni eseguite. In particolare:

- per i ricoveri ed i day-hospital (punto 11): cartella clinica completa;
- per gli interventi chirurgici ambulatoriali (punto 11): relazione medica specialistica;
- per le visite e i medicinali (rispettivamente lettera a e g del punto 14): prescrizione medica;
- per gli occhiali (lettera e punto 14): certificazione medica specialistica/certificazione rilasciata dall'ottico, dalla quale si evinca la modifica del visus (in analogia a quanto richiesto dall'analoga garanzia di cui al punto 24 lettera E);
- per le cure dentarie (punto 15): scheda anamnestica redatta dal dentista curante;
- per le cure oncologiche (punto 16): prescrizione medica.

Risposta 8

Per aver diritto al rimborso delle spese sostenute l'interessato dovrà produrre, oltre ad idonea documentazione di spesa, anche valida certificazione medica che attesti la patologia certa/presunta o l'infortunio che hanno reso necessarie le prestazioni eseguite, come di seguito specificato:

- per i ricoveri ed i day-hospital (punto 11): cartella clinica completa;
- per gli interventi chirurgici ambulatoriali (punto 11): relazione medica specialistica;
- per le prestazioni specialistiche di cui al punto 14 necessitano di prescrizione medica: le analisi ed esami diagnostici (lettera b), le terapie fisiche (lettera c), le protesi ortopediche ed apparecchi acustici (lettera d) e le cure termali (lettera f);
- per le cure dentarie (punto 15): non è prevista prescrizione medica
- per le cure oncologiche (punto 16): prescrizione medica.

Domanda 9

Servizi di assistenza sanitaria a favore dei dirigenti punto 13 - Prestazioni di alta specializzazione: ai fini della corretta applicazione del contratto si chiede di indicare l'elenco specifico delle prestazioni richieste ("i più rilevanti esami diagnostici e le terapie più avanzate"), in quanto la circostanza secondo cui anche al successivo punto 13 sono ricompresi gli "esami diagnostici" e l'indicazione di "simili" per quanto riguarda le terapie, potrebbe creare problemi di gestione nell'individuazione dei massimali e scoperti da applicare nel caso concreto.

Risposta 9

Non è previsto un elenco specifico delle prestazioni di alta specializzazione di cui al punto 13 del Capitolato Tecnico. Sono da ritenersi compresi tra i più rilevanti esami diagnostici e terapie avanzate in copertura, oltre alle prestazioni già citate (Tomografia Assiale Computerizzata, Laserterapia e Risonanza Magnetica), ad esempio, l'ecocardiografia, l'ecocolordopplergrafia, l'endoscopia, la scintigrafia, l'angiografia, il telecuore, l'elettroencefalografia, la tomografia ad emissione di positroni, la dialisi e tutti gli esami e terapie ritenuti simili in riferimento alla rilevanza tecnologica al fine diagnostico e terapeutico.

Domanda 10

Servizi di assistenza sanitaria a favore dei dirigenti punto 19 - Integrazioni facoltative a carico del dirigente: la scelta del pacchetto aggiuntivo da attivare tra i 4 destinati al coniuge/convivente sarà demandata ai singoli dirigenti che potranno attivare uno dei quattro a propria scelta secondo le proprie specifiche necessità/esigenze, oppure l'istituto deciderà di attivare uno o più pacchetti e successivamente il dirigente potrà scegliere quello di proprio interesse?

In analogia a quanto sopra, la scelta del pacchetto aggiuntivo da attivare tra i 4 destinati ai figli sarà demandata ai singoli dirigenti che potranno attivare uno dei quattro a propria scelta secondo le proprie specifiche necessità/esigenze, oppure l'istituto deciderà di attivare uno o più pacchetti e successivamente il dirigente potrà scegliere quello di proprio interesse?

Confermate che le garanzie previste dai pacchetti aggiuntivi saranno valide anche per gli stati patologici già noti e diagnosticati agli assistiti così come per quelli già sottoposti a cura?

Risposta 10

Per quanto riguarda le integrazioni facoltative a carico del dirigente:

- ciascun dirigente potrà scegliere di attivare, a proprie spese, un pacchetto di coperture a scelta tra i quattro in offerta ad integrazione della copertura per il proprio coniuge/convivente more uxorio;
- in analogia a quanto sopraindicato, ciascun dirigente potrà scegliere di attivare, a proprie spese, un pacchetto di coperture a scelta tra i quattro in offerta ad integrazione della copertura per ciascun figlio;
- si conferma che le garanzie previste dai pacchetti aggiuntivi saranno valide anche per gli stati patologici già noti e diagnosticati agli assistiti così come per quelli già sottoposti a cura.

Domanda 11

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 20 - Dati economici:

- confermate che il contributo di € 3.000 indicato in tabella è relativo alla copertura oltre che del dipendente non dirigente anche del nucleo familiare dello stesso, così come definito alla seconda alinea del punto 23?
- confermate che il contributo di € 530 indicato in tabella è relativo alla copertura del solo dipendente in quiescenza (escluso quindi il nucleo familiare dello stesso)?

Risposta 11

Il contributo annuale di € 3.000 per ciascun dipendente non dirigente è relativo alla copertura dello stesso dipendente e del proprio nucleo familiare, formato dai soggetti aventi diritto secondo quanto indicato al punto 23 del Capitolato Tecnico.

Il contributo annuale di € 530 per il primo funzionario in quiescenza è relativo alla copertura dello stesso e del proprio nucleo familiare formato dai soggetti aventi diritto seguendo le stesse indicazioni di cui al punto 23 del Capitolato Tecnico.

Domanda 12

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 24. In considerazione del fatto che al primo capoverso del punto 10 Destinatari è indicato "La Cassa dovrà erogare contributi economici a fronte di spese sanitarie per malattia, infortunio e parto", si chiede di confermare che per aver diritto al rimborso delle spese sostenute l'interessato dovrà produrre oltre ad idonea documentazione di spesa anche valida certificazione medica che attesti la patologia certa/presunta o l'infortunio che hanno reso necessarie le prestazioni eseguite. In particolare:

- per i ricoveri ed i day-hospital (punto 24 lettera A): cartella clinica completa;
- per gli interventi chirurgici ambulatoriali (punto 24 lettera A 3): relazione medica specialistica;
- per le prestazioni specialistiche extra-ospedaliere (punto 24 lettera C): prescrizione medica;
- per le visite e gli accertamenti diagnostici (punto 24 lettera D): prescrizione medica.

Risposta 12

Nella formulazione della domanda il riferimento al punto 10 (destinatari dell'assistenza sanitaria personale dirigente) non è inerente all'oggetto della stessa (Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 24), pertanto, per ciò che riguarda i dirigenti, si rinvia alla risposta n. 8. In merito al personale non dirigente, invece, si fa presente che per aver diritto al rimborso delle spese sostenute l'interessato dovrà produrre, oltre ad idonea documentazione di spesa, anche valida certificazione medica che attesti la patologia certa/presunta o l'infortunio che hanno reso necessarie le prestazioni eseguite. In particolare:

- per i ricoveri ed i day-hospital (punto 24 lettera A): cartella clinica completa;

- per gli interventi chirurgici ambulatoriali (punto 24 lettera A 3): relazione medica specialistica;
- per le prestazioni specialistiche extra-ospedaliere (punto 24 lettera C): prescrizione medica;
- per le visite e gli accertamenti diagnostici (punto 24 lettera D): prescrizione medica.

Sono escluse le prestazioni in regime di check-up diagnostico preventivo per le quali è prevista la prescrizione che attesti soltanto il carattere preventivo dell'indagine diagnostica.

Domanda 13

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 24 lettera A 2: in analogia a quanto previsto per il punto 3 si prega di chiarire se sia corretto intendere che il "rimborso di quanto speso a qualsiasi titolo per il ricovero e/o intervento" sia riferito a spese per rette di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, della sala operatoria, all'assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni esami e terapie.

In caso contrario vi preghiamo di fornirci maggiori informazioni, in quanto dalla formulazione adottata potrebbero intendersi ricomprese e quindi rimborsate anche prestazioni non di carattere sanitario ma comunque collegate al ricovero/intervento (a titolo meramente esemplificativo: in caso di ricovero di un bambino, l'organizzazione di un eventi ludici all'interno del reparto).

Risposta 13

Relativamente al Punto 24, lettera A2 del Capitolato tecnico, per i ricoveri per grandi interventi le spese rimborsabili sostenute per il ricovero e/o l'intervento sono: retta di degenza, onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista, della sala operatoria, dell'assistenza infermieristica, medicinali, medicazioni esami e terapie e tutte le spese di carattere sanitario collegate e rese necessarie dallo stesso ricovero.

Domanda 14

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 24 lettera A 1: si prega di precisare, in analogia a quanto previsto per i successivi punti 2 e 3, la tipologia specifica di prestazioni rimborsabili in caso di "ricoveri per particolari grandissimi interventi".

Risposta 14

Le prestazioni rimborsabili in caso di "ricoveri per particolari grandissimi interventi" (punto 24 lettera A1 del Capitolato Tecnico) sono le stesse previste in caso di "ricoveri per grandi interventi" di cui al Punto 24, lettera A2 del Capitolato, alle quali andranno aggiunte tutte le spese di carattere organizzativo e tecnologico funzionali all'esecuzione dell'intervento.

Domanda 15

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 24 lettera B: si chiede conferma del fatto che

- l'allegato 2, oltre che indicare la misura massima del rimborso per ciascuna prestazione, individui anche, in modo specifico, le prestazioni rimborsabili, essendo di conseguenza escluse quelle prestazioni non previste dal suddetto allegato (e ciò anche qualora il dipendente abbia scelto la modalità di rimborso in misura percentuale);
- in assenza di specifica indicazione dell'interessato, formulata in occasione della prima richiesta dell'anno, il rimborso verrà effettuato sulla base dell'allegato 2 e tale modalità di rimborso potrà essere modificata solo a partire dall'annualità successiva (per prestazioni effettuate dopo il 31.12.2016 e sempre previa specifica indicazione dell'interessato, da formularsi con la prima richiesta di rimborso 2016).

Risposta 15

Relativamente al Punto 24 lettera B, si precisa che:

- l'allegato 2, non individua in modo specifico quali siano tutte le prestazioni di tipo odontoiatrico rimborsabili, ma soltanto i massimali per singola prestazione nel caso il dipendente scelga il rimborso al 100%. Pertanto, risulterebbe rimborsabile, ad esempio, in caso di scelta di rimborso all'80% una fattura con descrizione generica "prestazioni odontoiatriche";
- in assenza di specifica indicazione dell'interessato, in occasione della prima richiesta dell'anno assicurativo, visto che la modalità di rimborso della prima fattura sarà quella applicata anche

alle successive per lo stesso anno, la Cassa dovrà esplicitamente richiedere all'interessato di formulare la scelta ai fini del rimborso. La scelta varrà per i rimborsi di tutte le spese odontoiatriche con fatture dello stesso anno assicurativo. L'anno successivo sarà necessario formulare un'altra scelta in occasione della prima richiesta di rimborso per spese odontoiatriche. In alternativa, quale condizione di miglior favore, la Cassa potrà consentire di effettuare la scelta della modalità di rimborso in occasione di ciascuna richiesta di rimborso da parte dei dipendenti.

Domanda 16

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 26 – Estensione prestazioni ai dipendenti primi funzionari in quiescenza: si chiede conferma che la copertura ivi prevista sia riservata al solo dipendente in quiescenza (così come previsto all'ultima alinea del punto 23 e pertanto quanto indicato dall'ultimo capoverso del punto 26 deve intendersi come refuso).

Risposta 16

Relativamente al Punto 26, in materia di estensione della copertura ai dipendenti primi funzionari in quiescenza, si fa presente che la copertura riguarda, entro i limiti stabiliti nelle condizioni, anche i familiari aventi diritto di cui al punto 23 del Capitolato Tecnico.

Domanda 17

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente Punto 28 – Integrazioni facoltative a totale carico del dipendente:

- la scelta del pacchetto aggiuntivo da attivare tra quelli a) e b) sarà demandata ai singoli dipendenti che potranno attivare uno dei due a propria scelta secondo le proprie specifiche necessità/esigenze, oppure l'istituto deciderà di attivare uno solo dei due pacchetti e successivamente il dipendente potrà decidere se aderirvi o meno?
- confermate che le garanzie previste dai pacchetti aggiuntivi saranno valide anche per gli stati patologici già noti e diagnosticati agli assistiti così come per quelli già sottoposti a cura?

Risposta 17

Relativamente al Punto 28 del Capitolato Tecnico, in merito alle integrazioni facoltative a totale carico del dipendente, si precisa che:

- il dipendente può decidere di estendere a favore del figlio non a carico la copertura prevista dal pacchetto di cui alla lettera a) ed eventualmente aggiungere anche la copertura prevista dal pacchetto di cui alla lettera b). Ciascun pacchetto avrà uno specifico costo a carico del dipendente. Il pacchetto di cui alla lettera b) potrà essere aggiunto solo se si è scelto anche il pacchetto di cui alla lettera a);
- le garanzie previste dai pacchetti aggiuntivi saranno valide anche per gli stati patologici già noti e diagnosticati agli assistiti così come per quelli già sottoposti a cura.

Domanda 18

Servizi di assistenza sanitaria a favore del personale non dirigente - Allegato 2 al Capitolato: si chiede di indicare quali siano i parametri da utilizzare per l'applicazione del massimale, che va da € 29 a € 45, previsto per la voce alla biopsia. Infatti in assenza di ulteriori indicazioni appare chiaro che il massimale di rimborso di € 29 non sia di fatto utilizzabile rimanendo quindi valido e sempre applicabile unicamente quello di € 45.

Risposta 18

Si conferma che il massimale di rimborso per biopsia di cui all'allegato 2 del Capitolato è sempre €45.

Domanda 19

Si richiede se, con riferimento alle integrazioni facoltative a totale carico del dipendente dirigente, è possibile conoscere il numero dei figli non a carico attualmente in copertura

Risposta 19

I dirigenti hanno integrato facoltativamente e a proprio totale carico l'assistenza sanitaria per il 2015 a favore di n. 10 figli non a carico non aventi diritto alla copertura base. Le integrazioni sono state gestite autonomamente in quanto non ancora previste nelle condizioni di assistenza per il personale IVASS.

DISCIPLINARE DI GARA

Domanda 20

Con riferimento al requisito di ordine generale di cui al par. 3.1 lett. b) del Disciplinare di gara, in considerazione del fatto che il termine per la presentazione della richiesta di rinnovo annuale dell'iscrizione dei Fondi Sanitari all'Anagrafe scadeva il 31/07/2015 e che la conferma della stessa da parte del Ministero non è immediata, qualora alla data di scadenza del presente bando non fosse ancora pervenuta alla scrivente cassa l'attestazione per l'anno 2015, si chiede conferma che il predetto requisito si intenda soddisfatto mediante dichiarazione di possesso dell'iscrizione all'Anagrafe per l'anno 2014 e dichiarazione di presentazione di rinnovo della stessa per l'anno 2015

Risposta 20

Si conferma che il requisito di partecipazione in argomento può essere ritenuto soddisfatto qualora, alla data di scadenza per la presentazione delle offerte, il concorrente sia in possesso dell'iscrizione all'Anagrafe per l'anno 2014 e abbia presentato la richiesta di rinnovo della stessa per l'anno 2015, entro la scadenza del termine. In ogni caso, il concorrente aggiudicatario della gara, prima della stipula del contratto, dovrà produrre l'attestazione di iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari per l'anno 2015.

Domanda 21

Riguardo la documentazione complementare, in particolare l'allegato 1 all'offerta economica, si chiede di confermare che i contributi da indicare per i figli non fiscalmente a carico si debbano intendere per singolo figlio cui è estesa la copertura.

Risposta 21

Si conferma che i contributi da indicare per i figli non fiscalmente a carico si debbano intendere per singolo figlio cui è estesa la copertura.

Domanda 22

In merito all'art. 9 del disciplinare, rubricato polizza di assicurazione malattia, si prega di confermare che sia riferito esclusivamente a quei Fondi Sanitari che non erogano le prestazioni in autogestione e che, dovendo garantire l'espletamento del servizio oggetto dell'appalto, dovranno sottoscrivere un apposito contratto assicurativo con una Compagnia di Assicurazioni abilitata all'esercizio in Italia dell'attività assicurativa del ramo malattia ed in possesso dei requisiti richiesti.

Risposta 22

La risposta è negativa. L'art. 9 del Disciplinare di gara è riferito a tutti i Fondi Sanitari a prescindere dalla modalità di erogazione della prestazione. Pertanto, in ogni caso, prima della stipula del contratto, il concorrente aggiudicatario dovrà procedere alla sottoscrizione, senza costi ed oneri aggiuntivi per l'Istituto e per gli assistiti, di una specifica polizza di assicurazione malattia.

Roma, 10 settembre 2015

Il Responsabile del Procedimento
(Isabella Bozzano)