

Data 08.03.2023

Protocollo 11075/A1012B

Classificazione 2.70.10

A TUTTI I CONCORRENTI

OGGETTO: 2/2023 - Procedura aperta telematica ai sensi degli artt. 58 e 60 del D.Lgs. 50/2016 s.m.i. per l'affidamento del servizio di copertura sanitaria integrativa a favore dei dirigenti della Regione Piemonte in servizio – **CIG N. 9634331573 - Chiarimenti.**

A seguito di alcune richieste di chiarimenti pervenute da parte di alcuni Operatori Economici, in merito alla procedura in oggetto, si precisa quanto segue:

1) Domanda:

A pag. 17 del Disciplinare si legge: **“Sub parametri di natura quantitativa-massimali: l’attribuzione del punteggio avverrà secondo la seguente formula per cui, alla miglior offerta, sarà attribuito il massimo punteggio per il sub parametro e alle altre offerte sarà attribuito un punteggio proporzionalmente ridotto secondo criteri di proporzionalità diretta”.**

Risposta:

La formula che verrà applicata è la seguente:

Sub parametro	Formula	Dove:
massimale	<p>..... punti</p> $\Delta O^i / \Delta O^{\max}$	<p>ΔO = valore del rialzo = $LM^{\text{offerto}} - LM^{\text{base di gara}}$</p> <p>$LM$ = massimale</p> <p>ΔO^i = valore del rialzo offerto dal concorrente in esame (ⁱesimo)</p> <p>ΔO^{\max} = valore del rialzo dell’offerta più alta</p>

2) Domanda:

A pag. 18 de Disciplinare si legge: “**Sub parametri di natura quantitativa – criterio proporzionale – Franchigie/Scoperti:** l’attribuzione del punteggio avverrà secondo la seguente formula per cui, alla miglior offerta, sarà attribuito il massimo punteggio per il sub parametro e alle altre offerte sarà attribuito un punteggio proporzionalmente ridotto secondo criteri di proporzionalità inversa”.

Risposta:

La formula che verrà applicata è la seguente:

Sub parametro	Formula	Dove:
Franchigie/Scoperto	$\frac{\text{punti}}{\Delta O^i / \Delta O^{\max}}$	ΔO^{\max} = valore del ribasso = $Fr_{\text{base di gara}} - Fr_{\text{offerta}}$ Fr = Franchigia/Scoperto ΔO^{\max} = valore del ribasso offerto più alto ΔO^i = valore del ribasso offerto dal concorrente in esame (ⁱ esimo)

3) Domanda: Si chiede conferma che l’aggiudicazione avvenga in base ai criteri di offerta tecnica e che non ci siano criteri di offerta economica a gara, in quanto i premi sono già prestabiliti da contratto.

Risposta:

Si conferma.

4) Domanda: Si chiede conferma che l’importo *pro capite* a base di gara, pari a 1.700 € annui, sia da considerarsi comprensivo della quota di adesione alla cassa interaziendale di assistenza.

Risposta:

L’importo indicato non comprende la quota di adesione dell’ente alla cassa/fondo.

5) Domanda: A pag. 20 del Progetto di servizio, relativamente agli interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia, si legge “Per prestazioni effettuate fuori convenzionamento il rimborso delle spese avverrà con applicazione di uno scoperto del

15% con il massimo di € 4.000,00 per evento”. Si chiede conferma che fuori convenzionamento verrà applicato scoperto 15% massimo € 4.000 per ciascun intervento.

Risposta:

Si conferma.

6) Domanda: A pag. 21 del Progetto di servizio, al punto d) si legge *“La garanzia viene prestata sino ad un massimo per anno assicurativo e per assicurato di €1.500,00 con il sottolimito per i trattamenti fisioterapici e rieducativi di € 500,00”*. Per attinenza delle prestazioni in oggetto, si chiede conferma che nel massimale dei € 500,00 per i trattamenti fisioterapici siano comprese anche le seguenti voci:

- agopuntura;
- noleggio apparecchiature fisioterapiche;
- chiropratica;
- osteopatia.

Risposta:

Si conferma.

7) Domanda: pag. 23 del Progetto di servizio, al punto h) *“Cure e accertamenti odontoiatrici, estrazioni e protesi dentarie o ortodontiche, visite odontoiatriche ed ortodontiche”* si legge: *“All’interno dell’annualità assicurativa viene inoltre estesa la garanzia ad una visita specialistica comprendente una seduta di ablazione del tartaro a puro titolo di prevenzione”*. Si chiede conferma che a tale visita specialistica, comprendente una seduta di ablazione di tartaro, si applichino le stesse condizioni descritte al punto h), cioè *“il limite di € 1.000,00 per anno assicurativo, con applicazione di una franchigia di € 50,00; per prestazioni effettuate fuori convenzionamento scoperto del 20% con il minimo di € 75,00”*.

Risposta:

Si conferma.

8) Domanda: A pag. 24 del progetto di servizio, alla voce *“TICKET SSN”* si legge: *“Per le garanzie di cui a tutti punti precedenti, con esclusione del punto k), in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna*

franchigia e/o scoperto". Si chiede conferma che il rimborso dei ticket SSN avverrà comunque entro i massimali delle rispettive garanzie.

Risposta:

Si conferma.

9) Domanda: A pag. 24 del progetto di servizio, si chiede conferma che l'indennità sostitutiva "di € 100,00 per ogni giorno di ricovero in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di 120 giorni per assicurato e per anno assicurativo, se tutte le spese effettuate durante il ricovero sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale" sia erogabile solamente per i ricoveri previsti a termini di polizza.

Risposta:

Si conferma.

10) Domanda: Per evitare contenziosi, si richiede che le "*Esclusioni dall'assicurazione*" (pag. 29 del Progetto di servizio) vengano integrate con le seguenti voci:

- tutte le terapie mediche (fatta eccezione per ciò che è espressamente previsto nelle singole garanzie);
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Risposta:

La richiesta non è accoglibile.

11) Domanda: Si chiede conferma che gli esami del sangue previsti nel pacchetto di medicina preventiva, a pag. 22 del progetto di servizio al punto e), siano da intendersi quelli elencati, cioè: "ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, azotemia(urea), acido urico, creatina, creatinina, emocromo, PTT, PT, VES, transaminasi GPT e GOT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine".

Risposta:

Si conferma.

12) Domanda: In riferimento all'art. 1.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società della Sezione III – Norme che disciplinano il Sinistro, si chiede all'Ente cortese conferma che per la corretta valutazione dei sinistri in caso di Day Hospital sia necessaria la copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale, e che in caso di intervento chirurgico ambulatoriale copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale.

Risposta:

Si conferma.

13) Domanda: Con riferimento alla lett. f) dell'art. 3, sezione I, si chiede all'Ente cortese conferma che la laserterapia inclusa nelle spese extra-ospedaliere (Alta Diagnostica) sia da intendere in copertura se eseguita per scopi fisioterapici e riabilitativi, al pari della tecarterapia e delle onde d'urto comprese nella medesima garanzia.

Risposta:

Si conferma.

14) Domanda: Rispetto alla busta amministrativa, al fine di potere proseguire nelle varie fasi del portale, lo stesso richiede obbligatoriamente l'inserimento dei modelli B, C e D, rispettivamente dedicati a RTI, Consorzi, Avvalimento. Si chiede, per l'effetto, conferma alla Stazione Appaltante dell'obbligatorietà dell'inserimento di un documento e, in caso di riscontro positivo, la conferma della possibilità di inserire una dichiarazione in cui si rappresenta di non voler usufruire di suddetti istituti.

Risposta:

Si conferma.

15) Domanda: Relativamente alla busta economica, si evidenzia che, pur non trovando applicazione l'offerta economica, come disposto nel disciplinare di gara alla pag. 16 punto 16, il portale ne impone la compilazione. Si chiede conferma che gli eventuali dati inseriti in tale sezione (es. ribasso offerto ecc.) saranno considerati quali privi di qualsiasi effetto, essendo il loro inserimento finalizzato solo alla positiva conclusione del processo di

trasmissione telematica dell'offerta. Nel caso contrario si chiede di indicare i dati da inserire a portale, fermo restando la loro assenza di efficacia essendo l'elemento economico predeterminato dalla Stazione Appaltante o, in alternativa, di risolvere la problematica emersa a portale con congruo anticipo rispetto alla data di scadenza della procedura.

Risposta:

Si conferma.

16) Domanda: con la presente siamo a richiedere la situazione sinistri pregressa.

Risposta:

Il rischio non è mai stato assicurato pertanto non è disponibile una statistica sinistri.

17) Domanda:

1 - Per quanto riguarda la garanzia e) Medicina Preventiva delle norme che disciplinano il rischio assicurato, si chiede di precisare se le prestazioni debbano essere eseguite tutte nella stessa giornata.

2 - se gli assistiti possano scegliere solo alcune delle prestazioni elencate.

3 - se siano previste distinzioni per fascia di età (es. la mammografia si esegue solo dopo i 40Y), se è prevista per alcune prestazioni la richiesta del medico (es. RX torace).

4 - se la visita urologica sia da considerarsi un refuso o se invece è ritenuta necessaria anche per le donne.

5 - si chiede inoltre di precisare se eventuali costi aggiuntivi eccedenti i 300 euro restino a carico degli assistiti.

Risposta:

1 – No;

2 – Sì;

3 – No;

4 - Non è un refuso;

5 – Sì.

18) Domanda: Con riferimento a quanto disposto tra i requisiti di Capacità professionale e tecnica si chiede di precisare se la prenotazione diretta da parte della Compagnia sia da intendersi per la sola Medicina preventiva o per tutte le prestazioni previste dal contratto.

Risposta:

Tutte le prestazioni.

19) Domanda: Con riferimento a quanto disposto tra i requisiti di Capacità professionale e tecnica si chiede di precisare se per rete dichiarata FISSA ED IMMUTABILE si intenda esclusivamente IN TERMINI DI NUMERO E NON DI SINGOLA STRUTTURA.

Risposta:

In termini di numero.

20) Domanda: Si chiede di precisare se sia prevista per il broker Marsh una provvigione.

Risposta:

Vedere la sezione IV – condizioni generali – art. 7 clausola broker.

21) Domanda: si chiede di confermare che trattasi di primo rischio ovvero gli assicurati non hanno mai avuto una copertura assicurativa. Se così non fosse si prega di fornire la statistica sinistri degli ultimi 5 anni.

Risposta:

Si conferma.

22) Domanda: si chiede di confermare che il rimborso delle spese in strutture convenzionate in merito alla garanzia Ricovero è senza applicazione di franchigia o scoperti (rimborso al 100%).

Risposta:

Si conferma.

23) Domanda: le spese pre/pos oltre al limite dei 120 gg hanno anche il massimale di € 5.000?

Risposta:

La garanzia relativa alle spese pre/pos e' operante secondo quanto disciplinato alla lettera c) dell'oggetto dell'assicurazione.

24) Domanda: la prevenzione si intende utilizzabile solo in un'unica soluzione?

Risposta:

Non si conferma che dette prestazioni debbano essere effettuate in unica soluzione.

25) Domanda: l'assicurazione vale solo per il personale dirigente? Il nucleo è escluso?

Risposta:

Sì. Sì.

26) Domanda: la copertura opera in forma completa? I dirigenti non hanno nessun fondo di categoria?

Risposta:

Si conferma.

27) Domanda: Si chiede conferma che l'art. 7.1. del Disciplinare di Gara relativo ai REQUISITI DI IDONEITÀ PROFESSIONALE possa essere interpretato nel senso che siano ammessi a partecipare alla gara anche Fondi Sanitari, Casse e Società di Mutuo Soccorso, in via autonoma e senza una Compagnia Assicurativa, purchè detti Fondi, Casse e Società di Mutuo Soccorso siano iscritti in CCIAA per l'erogazione dei servizi sanitari oggetto di bando e siano regolarmente iscritti all'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi, in luogo dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa.

Risposta:

I requisiti di cui all'art 7.1 del disciplinare non sono alternativi tra di loro, la procedura e' riservata alle imprese in possesso dell'autorizzazione del ministero dello sviluppo economico o dell'Ivass all'esercizio del ramo assicurativo per cui si chiede la partecipazione ai sensi del d.lgs. 209/2005.

28) Domanda: in merito alle prestazioni di prevenzione previste nelle condizioni speciali Donna e Uomo si chiede di precisare quale esame si intende previsto con la dicitura “ecocolordoppler”.

Risposta:

Non sono previste limitazioni alla tipologia di prestazione.

29) Domanda: si chiede conferma che la prestazione “accertamento antigene prostatico specifico” presente nelle condizioni speciali Uomo sia una ripetizione essendo già presente la voce “PSA”.

Risposta:

Si conferma.

30) Domanda: negli esami di laboratorio si chiede conferma che l’esame “creatina” sia un refuso e sia una ripetizione dell’esame “creatinina” già presente in elenco.

Risposta:

Si conferma.

31) Domanda: per quanto riguarda la visita oculistica, si richiede di specificare gli esami compresi all’interno della stessa.

Risposta:

Non e’ previsto un elenco specifico di esami, tuttavia si precisa che si considerano compresi tutti gli esami che il medico valuta come rientranti nell’ambito della visita oculistica.

32) Domanda: Si chiede se la Contraenza del contratto deve essere la Compagnia o la Cassa di assistenza.

Risposta:

Vedere definizioni di contraente del progetto di servizio.

Il fondo/cassa dovrà essere indicato dal concorrente, eventualmente già in sede di presentazione offerta.

33) Domanda: Si chiede conferma che la copertura è obbligatoria per i 123 Dirigenti appartenenti alla Giunta regionale, con un premio annuo lordo pro capite a base d'asta pari a € 1.700,00.

Risposta:

Si conferma, con la precisazione che attualmente i dirigenti della Giunta Regionale sono 122; erano 123 alla data di pubblicazione del bando e su quel numero si è calcolata la base d'asta.

34) Domanda: Il premio a base d'asta pro capite pari a € 1.700 è da considerarsi pro capite per il singolo Dirigente, senza alcun familiare a carico?

Risposta:

Non e' prevista ne' consentita l'estensione al nucleo familiare.

35) Domanda: Si chiede conferma che il premio a base d'asta pari a € 1.700 non è soggetto a ribasso.

Risposta:

Si conferma.

36) Domanda: Si chiede se, per quanto riguarda i 12 Dirigenti appartenenti attualmente al Consiglio Regionale, la copertura operi in forma facoltativa e se il premio annuo lordo da considerare è sempre pari a € 1.700 pro capite e se è a carico dell'Ente o del Dirigente del Consiglio.

Risposta:

La copertura e' obbligatoria, sempre a € 1.700 pro capite.

37) Domanda: In riferimento alla popolazione, l'Ente prevede 155 Dirigenti di cui 14 appartenenti al Consiglio e 141 appartenenti alla Giunta, ma attualmente vi sono 135 Dirigenti, di cui 12 appartenenti al Consiglio e 123 appartenenti alla Giunta. Si chiede conferma che attualmente la popolazione da considerare è 123 Dirigenti della Giunta, dirigenti su cui è stata calcolata la base d'asta.

Risposta:

Attualmente i dirigenti della Giunta Regionale sono 122; erano 123 alla data di pubblicazione del bando e su quel numero si è calcolata la base d'asta.

38) Domanda: Si chiede cosa si intenda per importo regolazione? pari ad euro 30.650.

Risposta:

Per "importo regolazione" si intende la somma che la Giunta Regionale ha impegnato per pagare le quote per i dirigenti eventualmente assunti nel periodo: dalla pubblicazione del bando fino alla scadenza della polizza.

39) Domanda: In riferimento al capoverso riportato di seguito: "Le risorse previste dal fondo ammontano ad Euro 290.000,00 lordi annui di cui Euro 26.180,00 destinati al Consiglio regionale per un numero massimo di dirigenti pari a 14, ed Euro 263.820,00 destinati alla Giunta regionale per un numero massimo presunto di dirigenti pari a 141." Si chiede conferma che a prescindere dalla numerosità dei Dirigenti, soggetto a variazioni nel corso della validità del contratto, ed all'ammontare previsto dal Fondo, il premio annuo lordo a base d'asta è fisso a Euro 1.700 per tutti i Dirigenti e non è soggetto a variazioni.

Risposta:

Si conferma.

40) Domanda: Si chiede conferma che la copertura vale solo per 12 mesi a partire dal 01/04/2023.

Risposta:

Si conferma.

41) Domanda: Si chiede conferma che non è previsto rinnovo e proroga della polizza. In alternativa si chiede di indicare tali specifiche.

Risposta:

Si conferma.

42) Domanda: Si chiede se i Dirigenti della Regione Piemonte sono già assicurati con altra Compagnia o si tratta di primo rischio?

Risposta:

Trattasi di primo rischio.

43) Domanda: Nel caso di popolazione già assicurata, si chiede di fornire la statistica sinistri storica, relativa alle ultime 5 annualità, indicando: 1. il numero di sinistri 2. l'importo richiesto 3. l'importo pagato e riservato distinto per garanzia e tipologia di network (convenzionato, non convenzionato e SSN).

Risposta:

Si rinvia al quesito n. 16 e relativa risposta.

44) Domanda: Si chiede conferma che, ai fini della presentazione dell'offerta, è necessario compilare la sola scheda di offerta tecnica, senza redigere alcuna relazione tecnica.

Risposta:

Si conferma.

45) Domanda: In riferimento alla scheda di offerta tecnica, si chiede se il valore da offrire è libero entro i valori minimi e massimi indicati nella colonna "VALORE DI CAPITOLATO".

Risposta:

Sì.

46) Domanda: In riferimento alle garanzie del capitolato, quando non viene menzionato il regime diretto significa che comunque è garantito ed è tutto a carico della Compagnia, senza applicazione di scoperti e franchigie?

Risposta:

Sì.

47) Domanda: In riferimento all'allegato excel "ELENCO DIRIGENTI CONSIGLIO REG", si chiede di fornire nuovamente il file indicando la numerosità dei Dirigenti per genere ed anno di nascita.

Risposta:

Il file oggetto di richiesta è stato ripubblicato

48) Domanda: Pag 8 del Progetto di Servizio. Si chiede conferma che l'importo della regolazione pari a € 30.650 sia dovuto alla differenza tra il numero previsto di assicurati pari a 123 ed il numero massimo di 141.

Risposta:

Si conferma.

49) Domanda: Si chiede conferma che il premio di Euro 1.700 sia un premio al lordo delle imposte del 2,5%.

Risposta:

Si conferma.

50) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE I "NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO, art. 3, lett. k). Si chiede conferma che le spese funerarie per rimpatrio salma siano riconosciute nei soli casi in cui il decesso dell'assicurato sia avvenuto nell'ambito di eventi indennizzabili ai sensi di polizza.

Risposta:

Si conferma.

51) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE I "NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO, art. 3, GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA" LTC (OPZIONE MIGLIORATIVA). Si chiede un chiarimento con riferimento alla seguente previsione: "Il suddetto importo verrà corrisposto per una durata massima di 3 anni dall'entrata dell'assicurato in stato di LTC permanente". Nello specifico, si chiede di chiarire se tale durata massima sia riferibile alla sola permanenza dell'assicurato nello stato di non autosufficienza, senza alcun riferimento alla sorte del contratto (che potrebbe nel frattempo essere cessato) e/o alla posizione del singolo

assicurato (che potrebbe non essere più assicurato nell'ambito del contratto, ancora attivo, una volta risolto il suo rapporto di lavoro), oppure se la disposizione debba essere interpretata in altro senso.

Risposta:

Si conferma.

52) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE I "NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO, art. 3, GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA" LTC (OPZIONE MIGLIORATIVA) - Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi di assistenza. Si legge: "Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria, o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro". La documentazione che comprova l'esistenza di un rapporto di lavoro, nella quale deve risultare anche il corrispettivo pattuito per le prestazioni di assistenza, non si ritiene sufficiente ai fini dell'ottenimento di un rimborso, che presuppone l'esatta quantificazione della somma di cui viene chiesto il pagamento all'assicurato volta per volta (es. ogni mese o quando dovute). Si chiede pertanto di poter prevedere che, in assenza di fatture e ricevute, l'assicurato debba inviare non solo la documentazione comprovante l'esistenza del rapporto di lavoro, ma anche la prova del pagamento delle specifiche spese di assistenza sostenute, in modo che non debba essere la Compagnia, ad ogni istanza di rimborso, a formulare espressa richiesta in tal senso (come previsto dal seguente successivo paragrafo: "Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso").

Risposta:

La richiesta non è accoglibile.

53) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE I "NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO, art. 3, GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA" LTC (OPZIONE MIGLIORATIVA) - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza. Si legge: "Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi del punto "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà contattare la Società e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute

dell'Assicurato". Si chiede a tale proposito di chiarire: - a partire da quale data vadano calcolati i suddetti 14 giorni (dalla data più recente apposta nella documentazione medica giustificativa dello stato di salute dell'assicurato"); - se il suddetto termine di 14 giorni possa considerarsi come ordinatorio e non perentorio, atteso come, nella disciplina generale del contratto assicurativo, l'inosservanza del termine previsto per la denuncia del sinistro dovrebbe produrre conseguenze in capo all'assicurato solo previa dimostrazione del suo dolo/colpa e, in questo secondo caso (colpa), del pregiudizio sofferto dall'impresa di assicurazione a causa della denuncia tardiva.

Risposta:

Trattasi di termine ordinatorio.

54) Domanda: si chiede se lo stato di non autosufficienza, per essere indennizzato ai sensi del presente contratto, debba essersi verificato in vigenza di copertura, non valendo in tal caso la disciplina prevista dal paragrafo 4 (Estensioni di garanzia) della SEZIONE II - LIMITAZIONI ed ESTENSIONI.

Risposta:

Si conferma.

55) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE I "NORME CHE DISCIPLINANO IL RISCHIO ASSICURATO, art. 3, GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA " LTC (OPZIONE MIGLIORATIVA) - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza. In chiusura, uno dei requisiti affinché un "fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza" possa "essere nuovamente esaminato dalla Società" è che "il contratto sia ancora in vigore". Si chiede di precisare se il senso di questo inciso sia che il contratto debba essere in vigore nel momento in cui si verifichi l'evento previsto (ossia l'attestazione dello stato di non autosufficienza) o nel momento in cui venga presentata una nuova richiesta di esame del fascicolo.

Risposta:

Si conferma che il contratto deve esser in vigore nel momento dell'attestazione dello stato di non autosufficienza.

56) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE II - LIMITAZIONI ed ESTENSIONI, art. 3 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE. Tra i casi in cui l'assicurazione non è operante vi è anche (terzo punto elenco) quello dei "ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio". Si chiede se la suddetta esclusione possa essere integrata rendendola operativa anche per i casi di Day Hospital (che formalmente non sono "ricoveri", mancando il pernottamento), ma consentendo che gli stessi (ricoveri e Day Hospital) siano comunque indennizzati come tali qualora prescritti in considerazione delle condizioni di salute degli assicurati, come evidenziate nella documentazione medica allegata, anche se per eseguire prestazioni effettuabili in regime ambulatoriale.

Risposta:

La richiesta non è accoglibile.

57) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE III "NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO, art. 1 - DENUNCIA DEL SINISTRO. I primi due capoversi dell'articolo sembrano porre a capo dell'Assicurato un obbligo ("dovrà") di rivolgersi alla Centrale Operativa prima dello svolgimento di qualsiasi prestazione sanitaria, sia in regime di assistenza diretta che a rimborso, e che, in caso contrario, dovrà chiedere alla struttura sanitaria di certificare i "motivi di urgenza". Tale disciplina non risulta in linea con la prassi normalmente adottata, secondo la quale il previo contatto con la Centrale Operativa è necessario solo con riferimento all'utilizzo di strutture convenzionate, che deve essere preventivamente autorizzato. Per quanto concerne le prestazioni usufruite presso strutture non convenzionate/SSN, invece, l'Assicurato non ha alcun obbligo di previo contatto della Compagnia/Centrale Operativa, che valuterà se la richiesta di rifusione delle spese sostenute sia o meno accoglibile ai sensi di polizza. Si chiede pertanto se i due paragrafi possano considerarsi come non apposti. In caso contrario, si chiede di chiarire meglio la portata delle disposizioni.

Risposta:

L'assicurato dovrà rivolgersi alla centrale operativa per le prestazioni in regime di assistenza diretta.

58) Domanda: Polizza Rimborso Spese Mediche, SEZIONE III "NORME CHE DISCIPLINANO IL SINISTRO, art. 1 - Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle

garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia. Si chiedono i seguenti chiarimenti: - il pagamento della penale deve essere richiesto da un soggetto (Regione Piemonte - Singolo assicurato) oppure va calcolato automaticamente dalla Compagnia e liquidato in un'unica soluzione assieme all'indennizzo dovuto per la prestazione richiesta?

Risposta:

Le penali sono richieste dalla stazione appaltante.

59) Domanda: È corretto ritenere che il 15% di penale si applichi per ritardi compresi tra 1 e 7 giorni e che il 5% ulteriore vada aggiunto con riferimento a successivi ritardi settimanali (es. +5% per ritardi tra gli 8 e i 14 giorni, + ulteriore 5% per ritardi tra i 15 e i 21 giorni, ecc.)?

Risposta:

Si conferma.

60) Domanda: Si chiede conferma che la copertura assicurativa riguardi unicamente i Dirigenti in servizio con esclusione dei relativi familiari a carico o non a carico.

Risposta:

Si conferma.

61) Domanda: 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, indicare le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

Risposta:

Si conferma.

62) Domanda: Si chiede conferma che si intenda soddisfatto il requisito dei servizi analoghi di cui al paragrafo 7.3., primo bullet point, del disciplinare (*“aver prestato il servizio, oggetto della procedura, a favore di almeno n° 3 (tre) destinatari pubblici o privati nel triennio 2019/2020/2021”*) se i servizi di copertura assicurativa sanitaria sono stati forniti dal concorrente in favore di dipendenti anche se non specificamente con qualifica di dirigenti.

Risposta:

Si conferma.

63) Domanda: Si chiede conferma che per la comprova del requisito dei servizi analoghi di cui al paragrafo 7.3., primo bullet point, del disciplinare (*“aver prestato il servizio, oggetto della procedura, a favore di almeno n° 3 (tre) destinatari pubblici o privati nel triennio 2019/2020/2021”*) si possano fornire i certificati di polizza firmati dalla Compagnia e dal Contraente e riportanti l’oggetto contrattuale, il periodo di esecuzione, l’importo dei premi e il numero di assicurati.

Risposta:

Si conferma.

64) Domanda: Si chiede conferma che ai fini del soddisfacimento del possesso da parte dell’operatore economico del requisito minimo relativo ai “centri medici non abilitati al ricovero notturno” si possano considerare oltre ai poliambulatori, ai day hospital, ai centri diagnostici e ai laboratori di analisi anche i centri medici anche se non espressamente inseriti nell’elenco tra parentesi.

Risposta:

Si conferma.

65) Domanda: Si chiede conferma che il nominativo del Fondo Sanitario citato nelle definizioni di polizza come “contraente” sarà comunicato dall’aggiudicatario della gara solo dopo l’aggiudicazione.

Risposta:

Il nominativo del fondo sanitario può essere comunicato in sede di presentazione offerta.

66) Domanda: Con riferimento al requisito della “prenotazione” indicato a pag. 7 del disciplinare (“Prenotazione diretta da parte della Compagnia”) e a pag. 13 della polizza (“Prenotazioni di prestazioni sanitarie”) si chiede conferma che il predetto requisito possa intendersi soddisfatto con la messa a disposizione all’Assistito di un servizio, fruibile anche da web e da app, tramite il quale lo stesso visualizzi tutti i centri convenzionati disponibili, filtrabili anche a seconda delle prestazioni sanitarie erogate dagli stessi, e chiedi alla Centrale operativa, sempre via web, l’autorizzazione allo svolgimento della

prestazione di cui abbia bisogno. Una volta ottenuta l'autorizzazione, però, sarebbe l'Assistito stesso a dover contattare la struttura selezionata, normalmente per telefono, e prenotare l'appuntamento, senza che fosse la Società a svolgere tale attività.

Risposta:

Non si conferma.

67) Domanda: Con riferimento alla seguente previsione a pa. 7 del disciplinare *“La rete dichiarata, eventualmente integrata come da offerta tecnica del concorrente, dovrà rimanere fissa ed immutabile per tutta la durata del contratto. Sarà consentita, esclusivamente, una modifica massima del 5% rispetto al numero delle strutture dichiarate”* si chiede:

- conferma che la rete non sia oggetto di offerta tecnica in quanto la Scheda di offerta tecnica non prevede tale parametro;

che il requisito della rete *“fissa ed immutabile”* si intenda sotto un profilo quantitativo (cioè di numero di strutture), potendo gli enti convenzionati fisiologicamente mutare nel tempo, come confermato anche dal fatto che è previsto anche un tetto del 5%;

- che il limite della modifica massima del 5% si intenda solo in difetto (come riduzione del numero di strutture), mentre non ci sia un limite in caso di aumento della rete.

Risposta:

Si conferma.

68) Domanda: Si chiede conferma non si debba indicare una terna di subappaltatori in quanto la relativa norma prevista dall'art. 105, comma 6, del Codice è stata abrogata.

Risposta:

Si conferma.

69) Domanda: si chiede conferma che l'apertura delle offerte sia prevista per il giorno 14 marzo p.v. alle ore 10 e non alle ore 12 come invece indicato dal portale Aria.

Risposta:

Si conferma ma non è richiesta, neppure da remoto, la partecipazione degli Operatori Economici concorrenti.

70) Domanda: Si chiede conferma che non essendo previsto per la presente procedura di gara lo Step 3 - Offerta economica non si debbano indicare a portale neppure i costi della manodopera e della sicurezza. In caso contrario si chiede di indicare ove tali costi debba essere inseriti.

Risposta:

Si conferma.

71) Domanda: si chiede conferma che sulla domanda di partecipazione vada apposta una marca da bollo da 16 euro.

Risposta:

Si conferma.

72) Domanda: Si chiede conferma che le dichiarazioni di cui ai punti 2.2 e 2.3 del paragrafo 14 del disciplinare (a pag. 14) debbano essere rese dall'ausiliaria tramite il Modulo D – Avvalimento.

Risposta:

Le dichiarazioni relative all'Avvalimento devono essere rese compilando il Modulo D – Avvalimento e il DGUE nell'apposito spazio dedicato a tale istituto.

73) Domanda: Si richiede conferma che tutte le garanzie di polizza previste dal Capitolato allegato al Progetto di Servizio valgano solo per il singolo Assicurato (dirigente in servizio) o non anche per il suo nucleo familiare.

Risposta:

Si conferma.

74) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, Art. 2 lettera d: per il rimborso dei farmaci da banco si richiede se possa essere sufficiente il solo scontrino farmaceutico fiscale riportante l'indicazione “farmaco”, senza il nome del farmaco e senza richiedere l'ulteriore dettaglio dei farmaci acquistati.

Risposta:

Si rinvia ai dettagli di cui alla lettera d) dell'art. 2.

75) Domanda: sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, GARANZIA DI ASSISTENZA IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA – LTC (OPZIONE MIGLIORATIVA) della Polizza: con riferimento all'erogazione di servizi di assistenza previsti dalla presente garanzia si chiede conferma che non siano limitati alla sola “assistenza infermieristica” come da art. 1 “Definizioni”, ma che comprendano anche assistenza più generica fornita da cooperative o altri enti con finalità assistenziali;

in quest'ultimo caso si chiede di confermare che le distinte e ricevute di spesa non debbano riportare ulteriori indicazioni in merito ai titoli del personale che ha erogato il servizio.

Risposta:

Si conferma.

76) Domanda: Si chiede conferma che la garanzia operi in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.

Risposta:

Si rinvia alle condizioni di assicurabilità previste nel progetto di servizio.

77) Domanda: Si chiede conferma che non sia prevista la proroga del contratto ai sensi dell'art. 106 comma 11 del D.Lgs. 50/2016 non avendo rinvenuto nella documentazione di gara il riferimento a tale facoltà.

Risposta:

Si conferma.

78) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, Indennità sostitutiva: si richiede di confermare che la corresponsione dell'indennità sia cumulabile con le spese pre e post ricovero di cui all'art. 2, lettera c della Polizza;

o si chiede conferma che l'indennità sostitutiva sia erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.

Risposta:

E' prevista un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero in ospedale e/o casa di cura, con il massimo di 120 giorni per assicurato e per anno assicurativo, se tutte le spese effettuate durante il ricovero sono a totale carico del servizio sanitario nazionale.

79) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", Ricovero. Si chiede conferma che in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Risposta:

Non si conferma.

80) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", Visita specialistica. Si chiede conferma che siano ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

Risposta:

Si conferma.

81) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", ART.3 Oggetto dell'assicurazione. Trasporto dell'assicurato. Si chiede conferma che:

- la scelta del mezzo per il trasporto spetti alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa;
- tali prestazioni siano indennizzabili solamente in caso di ricovero indennizzabile ai sensi di polizza.

Risposta:

Si conferma.

82) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, ART.3 Oggetto dell’assicurazione, lettere:

- a. Ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che comporti intervento chirurgico
- b. ricovero in Istituto di cura od in ambulatorio che non comporti intervento chirurgico.

Si chiede conferma che per gli eventi di cui alle precedenti lett. a) e b) sia previsto solamente il regime rimborsuale. Nel caso, invece, sia ammessa anche l’assistenza diretta si chiede di poter esplicitare massimali e condizioni per tale regime.

Risposta:

Non si conferma, e’ ammessa anche l’assistenza diretta, massimale € 350.000, nessuna franchigia.

83) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, ART.3 Oggetto dell’assicurazione, lettera c. ricovero con o senza intervento chirurgico di cui ai precedenti punti a. e b.

➤ Con riferimento al termine di 120 giorni quale spesa pre e post ricovero, nel caso in cui queste siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti più attiva, si chiede di chiarire se tali spese possano essere considerate non indennizzabili oppure debbano essere riconosciute all’assicurato in quanto funzionalmente legate ad un ricovero avvenuto in vigenza di copertura.

Risposta:

Devono essere riconosciute.

84) Domanda: Con riferimento al termine di 120 giorni quale spesa pre-ricovero, si chiede conferma che tali prestazioni rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l’esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato.

Risposta:

Non si conferma.

85) Domanda: con riferimento alle medicine riconosciute a seguito di intervento si chiede conferma che siano indennizzabili solo quelle prescritte in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati).

Risposta:

Non si conferma.

86) Domanda: Si chiede conferma che per le prestazioni indicate alla lett. c. sia prevista sia l'assistenza diretta che il regime rimborsuale.

Risposta:

Si conferma.

87) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", ART.3 Oggetto dell'assicurazione. Parto cesareo, parto non cesareo e interventi chirurgici finalizzati alla correzione della miopia. Si chiede conferma che per tali eventi sia previsto solamente il regime rimborsuale.

Risposta:

Non si conferma.

88) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", ART.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera d. cure domiciliari ed ambulatoriali purché pertinenti all'evento denunciato (visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio)

1) Trattamenti fisioterapici.

Si chiede conferma che in caso di presenza contemporanea:

- dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (descritti nella lettera "c");
- dei trattamenti fisioterapici e rieducativi (di cui alla presente lettera "d")

i primi debbano ritenersi indennizzabili solo se effettuati (entro i 120 giorni successivi al ricovero) come conseguenza di un ricovero indennizzabile ai sensi di polizza, mentre i secondi solo se prescritti a seguito di infortunio o malattia (escludendo quindi il caso in cui l'assicurato abbia bisogno di effettuare trattamenti fisioterapici a seguito di un ricovero).

Risposta:

Non si conferma.

89) Domanda: si chiede conferma se decorso il termine di 120 giorni successivi al ricovero, gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la garanzia di cui alla presente lettera “d”.

Risposta:

Non si conferma.

90) Domanda: Si chiede conferma che tali trattamenti possano essere effettuati solo presso Centri medici e che siano escluse le prestazioni per finalità estetiche o con metodiche che abbiano finalità estetiche e di mantenimento.

Risposta:

Si conferma.

91) Domanda: Si chiede conferma che l'assicurato debba produrre la seguente documentazione ai fini del riconoscimento dell'indennizzo:

- i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata;
- ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione;
- iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico.

Risposta:

Si conferma.

92) Domanda: Si chiede conferma che:

- siano riconosciute le spese per medicinali, prescritti dal medico curante o dallo specialista, compresi nella categoria “medicinali” dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie; siano invece esclusi dalla copertura assicurativa i parafarmaci.

Risposta:

Si conferma.

93) Domanda: ai fini del rimborso, si considera come data del pagamento la data della fattura presentata dall'Assicurato, a meno che il pagamento non risulti effettuato in una data diversa da quella della fattura: ciò può emergere da quanto eventualmente indicato nella fattura stessa oppure da apposita documentazione (es. scontrino) che l'Assicurato presenti di sua iniziativa per evidenziare tale elemento alla Compagnia.

Risposta:

Si conferma.

94) Domanda: Si chiede di poter fornire maggiori dettagli in merito al perimetro dei "prodotti non ben identificati".

Risposta:

Non disponibile.

95) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", ART.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera e. Medicina preventiva. Si chiede conferma che per tali prestazioni sia previsto solamente il regime rimborsuale.

Risposta:

Non si conferma.

96) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I "Norme che disciplinano il rischio assicurato", ART.3 Oggetto dell'assicurazione, lettera h. Cure e accertamenti odontoiatrici, estrazioni e protesi dentarie o ortodontiche, visite odontoiatriche ed ortodontiche. Si chiede conferma che dopo l'avvenuta prestazione, ai fini del rimborso, l'assicurato debba presentare:

- per cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
- per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle.

Risposta:

Non si conferma.

97) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, ART.3 Oggetto dell’assicurazione, lettera i. Acquisto di protesi ortopediche ed acustiche. Con riferimento agli apparecchi acustici si chiede conferma che siano indennizzabili a seguito dei seguenti eventi (e previa presentazione della documentazione sotto riportata):

- *modifica dell’udito*: esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
- *rottura apparecchio*: foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l’esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell’apparecchio;
- *smarrimento/furto*: copia della denuncia. È inoltre richiesto l’esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell’apparecchio.

Risposta:

Si conferma.

98) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, ART.3 Oggetto dell’assicurazione, lettera j. Acquisto di lenti e occhiali da vista. Si chiede conferma che:

- siano incluse le montature (ad eccezione dell’acquisto della sola montatura);
 - siano escluse le lenti “usa e getta”;
 - sia previsto solo il regime rimborsuale;
 - la modifica del visus debba essere successiva all’ingresso in copertura dell’assicurato;
 - la modifica del visus debba essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto.
- l’acquisto degli occhiali/lenti debba avvenire in vigenza contrattuale.

Risposta:

Si conferma.

99) Domanda: Capitolato di polizza, Sezione I “Norme che disciplinano il rischio assicurato”, ART.3 Oggetto dell’assicurazione, GARANZIA LTC. Si chiede conferma che la garanzia operi in caso d’infortunio o malattia per il quale derivi all’Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.

Risposta:

Si richiama la risposta al quesito n. 75.

100) Domanda: Capitolato di polizza. Si chiede conferma che in caso di Infortunio debba essere presentato, fra gli altri documenti, il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall’Infortunio. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l’Infortunio, l’Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

Risposta:

Non si conferma.

101) Domanda: Capitolato di polizza. Si chiede conferma che nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall’Assicurato deve contenere il dettaglio dell’importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

Risposta:

Si conferma.

Distinti saluti.

Dott. Marco PILETTA

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell’art. 21 del D.Lgs. 82/2005