

OGGETTO: GARA A PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA DELLE SPESE SANITARIE DEL PERSONALE DELLA SCUOLA – ID 2973

I chiarimenti della gara sono visibili sui siti: www.consip.it; www.acquistinretepa.it; www.mef.gov.it

4) Domanda

Alla voce Assistenza diretta delle Definizioni si legge: “Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dalla struttura sanitaria convenzionata e solo previa autorizzazione della Centrale Operativa.” Si chiede conferma che l’attivazione della garanzia in regime di assistenza diretta possa equivalentemente essere attivata, oltre che tramite autorizzazione delle Centrale Operativa, anche tramite richiesta effettuata su portale web/app.

Risposta

Si conferma.

5) Domanda

Alla voce Assistenza S.S.N. delle Definizioni si legge: “La modalità per la quale la prestazione è totalmente a carico del S.S.N. e non venga richiesto alcun pagamento della prestazione né in forma diretta, né in forma rimborsuale da parte dell’assistito per le garanzie previste dal piano.” Si chiede conferma che siano riconducibili ad Assistenza S.S.N. le garanzie per le quali la prestazione sia a carico del S.S.N. eccetto per la quota di ticket che rimane a carico dell’assistito.

Risposta

Si conferma.

6) Domanda

Alla voce Assistenza infermieristica delle Definizioni si legge: “L’assistenza infermieristica prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.” Si chiede conferma che l’assistenza sia finalizzata a mantenere o recuperare lo stato di salute.

Risposta

Si conferma.

7) Domanda

Alla voce Intervento Chirurgico delle Definizioni si chiede conferma che lo stesso debba essere realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge.

Risposta

Si conferma.

8) Domanda

Alla Sezione 2 Art. 3. Ambito di applicazione, all’ultimo punto si legge: “per le malattie/infortuni che siano l’espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.” Si chiede conferma che la prestazione debba essere effettuata in vigenza di polizza.

Risposta

Si conferma.

9) Domanda

Con riferimento alla Sezione 2 Art. 4 Rischi esclusi dall’assicurazione si chiede conferma che si possa integrare con l’esclusione delle malattie derivanti da infezioni che abbiano dato luogo a dichiarazione di epidemia o pandemia da parte delle autorità competenti (es. OMS, Ministero della Salute), sindromi influenzali pandemiche accertate, e le relative conseguenze.

Risposta

Non si conferma. Le esclusioni sono esclusivamente quelle riportate alla Sezione 2 – Art. 4 “Rischi esclusi dall’assicurazione”.

10) Domanda

Con riferimento alla Sezione 2 Art. 10 Importo del premio al punto 3: “La Società, con la sottoscrizione del presente Capitolato Tecnico, si impegna, tuttavia, a considerare nell’ambito del premio annuale sopra indicato fino a 1.400.000 assistiti.” Si chiede di definire l’eventuale regolazione del premio in termini di premio unitario annuo lordo in caso di superamento della soglia di 1,4 mln assistiti coperti dal premio a base d’asta.

Risposta

Si precisa che eventuali sopravvenute esigenze, non prevedibili, verranno gestite, qualora necessario, secondo quanto previsto dall’art. 120 del d.lgs. 36/2023, ove applicabile.

11) Domanda

Alla Sez. 3 Art. 2 punto 1, in relazione alla presenza di strutture convenzionate in provincia, si fa riferimento al domicilio dell’Assicurato, mentre nei restanti articoli del Capitolato ci si collega alla provincia di residenza dello stesso. Per uniformità si chiede conferma che si possa riferire univocamente alla provincia di residenza per tutte le garanzie.

Risposta

Si conferma, trattasi di un refuso: pertanto, alla sez. 3 art. 2 punto 1 del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto, la frase “*Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l’assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.*” deve intendersi sostituita con “*Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l’assicurato sia residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.*”.

12) Domanda

Con riferimento alla Sez. 3 Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso), tra la documentazione riportata al punto 3 in caso di rimborso di ricovero, si chiede di inserire tra la documentazione comprovante il ricovero anche la SDO come indicato nella definizione stessa di Ricovero.

Risposta

Si precisa che alla Sezione 3 – Art. 2 “Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)” viene richiesta, in caso di ricovero, “[...] *copia della cartella clinica conforme all’originale*” di cui la SDO è parte integrante.

13) Domanda

Alla Sez. 4, art. 2.1 lett. f si legge: “Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale”:

- a) si chiede che le prestazioni effettuate nei 90 giorni che precedono il ricovero siano indennizzabili in regime **esclusivamente** a rimborso, in quanto non è possibile a priori avere certezza dell’effettivo avvenimento del ricovero;
- b) si chiede altresì conferma che il regime rimborsuale sia in ogni caso per prestazioni effettuate presso strutture convenzionate e siano indennizzabili prestazioni effettuate presso strutture fuori dalla rete convenzionata esclusivamente in caso l’Assistito sia domiciliato in una provincia priva di strutture convenzionate abilitate ad effettuare le prestazioni di cui necessita in conformità a quanto indicato nella Sez. 3, Art. 2 punto 1;
- c) il medesimo quesito si legga riferito a Sez. 4, art. 2.1 lett. g. ed a Sez. 4. Art. 2.2 punto 1. lettere c) e d).

Risposta

Non si conferma e si rimanda a quanto riportato nel Capitolato tecnico di gara.

14) Domanda

Alla Sez. 4, art. 2.1 ai punti 2. a) e b) ed all’art. 2.2. ai punti 3. a) e b) si legge che le spese sono indennizzabili previa applicazione dello scoperto del 10% con il massimo di € 4.000. Si chiede conferma che il limite sia applicabile per fattura.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che lo scoperto di € 4.000 si applica “ad evento”: tale precisazione verrà inserita in sede di stipula.

15) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 2.2 punto 2. si legge: “Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave patologia, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale alla grave patologia stessa, la Società rimborserà le relative spese applicando anche le garanzie di cui al precedente Art. 2.1 Sezione 4 fermo restando gli scoperti previsti per l’assistenza diretta al punto a) e l’assistenza indiretta al punto b).” Si chiede conferma se gli interventi chirurgici indennizzabili siano quelli ricompresi all’elenco I.

Risposta

Si conferma.

16) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 3 Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico, si chiede conferma che la corresponsione dell’indennità sostitutiva sia prevista solo per i ricoveri con intervento chirurgico eseguiti in SSN previsti nell’allegato Elenco I – Grandi Interventi Chirurgici.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che sono ricompresi tutti i ricoveri con intervento chirurgico a totale carico del SSN e per i quali non venga presentata richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa.

17) Domanda

Alla Sez. 4 Art. 4 Parto si legge: “1. In caso di parto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, purché non a carico del SSN [...]” Poiché alla Sez. 3 all’art Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso) il punto 1. Riporta: “Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l’assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.” si chiede conferma che l’estensione della copertura alle strutture sanitarie non convenzionate sia applicabile esclusivamente in caso di provincia priva di strutture convenzionate idonea all’evento Parto.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che gli importi relativi al parto sono erogabili sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate indipendentemente dalla presenza o meno di strutture convenzionate nella provincia di residenza dell’assicurato.

18) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 5 Prevenzione Odontoiatrica si chiede conferma che, in caso di provincia priva di strutture convenzionate, per cui sia previsto un massimo indennizzo pari ad € 100 sia complessivo per la coppia di prestazioni visita e igiene orale, previa applicazione dello scoperto previsto dalla copertura.

Risposta

Si conferma.

19) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 6 Implantologia al punto 3. Si richiede ai fini liquidativi che essere prodotte le radiografie e i referti radiografici precedenti l’installazione dell’impianto/i, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione. Si chiede conferma che tale documentazione debba essere fornita anche all’aggiudicatario di tale bando.

Risposta

Si conferma. Le radiografie ed i referti radiografici precedenti l’installazione dell’impianto sono necessari per la richiesta di rimborso qualora non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell’assistito.

20) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 7 Assistenza per i casi di non autosufficienza permanente:

- a) si legge: “1. Qualora l’Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la Società riconosce [...]” Si chiede conferma che lo stato di non autosufficienza sia una condizione in cui l’Assistito venga a trovarsi in data successiva all’effetto di copertura;
- b) si chiede conferma che siano indennizzabili anche le spese per la badante, regolarmente assunta attraverso contratto sottoscritto dall’Assistito, nonché dall’amministratore di sostegno o tutore legale o familiare preposto alla cura dell’Assicurato, entro i limiti previsti dalla copertura.

Risposta

Lettera a): il quesito non è chiaro. Si precisa comunque che, come previsto all’art. 7 Sez. 4 “*per «non autosufficienza» si intende l’incapacità totale e permanente, conseguente a infortunio o malattia, con diagnosi durante il Periodo di copertura assicurativa (...)»*”.

Lettera b): Si conferma.

21) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 8 Area Prevenzione Secondaria si chiede conferma che ciascun pacchetto prevenzione in copertura sia fruibile una sola volta all’anno per Assicurato, in un’unica soluzione, entro i limiti previsti.

Risposta

Si conferma.

22) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4 Art. 12 Visite specialistiche, esami ed accertamenti (oggetto di offerta tecnica) punto

1 a) si legge: “Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, [...]” Si chiede conferma che qualunque accertamento effettuato al di fuori della seduta della visita non sia indennizzabile.

Risposta

Si conferma.

23) Domanda

Con riferimento all'ELENCO I – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI si legge: “Si stabilisce che ogni anno la Commissione Tecnica di cui all’art. 15 potrà essere convocata per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento”. Si chiede conferma che l’eventuale modifica dell’elenco possa comportare una modifica del rischio tale da poter costituire motivo di rinegoziazione del contratto, secondo quanto previsto dal disciplinare di gara art. 3.3 Modifiche del contratto in corso di esecuzione.

Risposta

Si conferma che – qualora ricorrano le condizioni – si applicherà l’art. 7 *bis* di cui alla sezione 1 del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto.

24) Domanda

Si chiede conferma che non sia richiesto dichiarare in sede di offerta una Cassa di Assistenza che assuma la contraenza del contratto.

Risposta

Si conferma e si precisa che, ai fini della partecipazione, il concorrente dovrà essere in possesso dei requisiti richiesti dal Disciplinare di gara (cfr. par. 6) e che – in caso di aggiudicazione – il sottoscrittore del contratto sarà l’operatore che avrà partecipato alla iniziativa.

25) Domanda

Con riferimento all’art. 17.1 Criteri di valutazione dell’offerta tecnica, si chiede conferma che sia attribuito un punteggio alle varianti 10 e 11 unicamente qualora il concorrente conceda anche le varianti 19 e 20.

Risposta

Si conferma.

26) Domanda

Si chiede conferma che la compilazione dell'Allegato [*id est* "Allegato 7 – Facsimile Familiari conviventi"] sia funzionale alla fornitura della garanzia del Capitolato tecnico alla Sez. 4 Art. 9 Attivazione tariffario agevolato per assicurati e familiari che quindi sarà fruibile per l'Assicurato e tutti i familiari conviventi con lo stesso.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che, come riportato al par. 23.1 "Documenti per la stipula" del Disciplinare di gara, l'allegato 7 – Facsimile Familiari conviventi dovrà essere reso "*dai soggetti indicati dall'art. 85 del D. Lgs. n. 159/2011, in relazione ai familiari conviventi dei soggetti medesimi (dell'aggiudicatario e dell'eventuale ausiliaria); ove le dichiarazioni siano sottoscritte con firma olografa dovrà essere prodotta una dichiarazione di conformità agli originali ai sensi del DPR 445/2000 sottoscritta dal legale rappresentante del concorrente e ausiliaria.*" Pertanto, il documento in questione riguarda la fase di stipula del contratto e afferisce direttamente al concorrente aggiudicatario e non già ai familiari degli assisti.

27) Domanda

In riferimento al paragrafo 10 "GARANZIA PROVVISORIA" del Disciplinare di gara, a pag. 19, si legge che la garanzia è pari al "0,2% dell'importo complessivo dell'appalto". Considerato che l'art. 106, comma 1, del D.lgs. 36/2023 (Codice dei contratti pubblici) prevede che la garanzia provvisoria sia pari al 2% del valore complessivo della procedura, si chiede conferma che la percentuale dello 0,2% indicata nel Disciplinare costituisca un refuso e che la stessa debba intendersi pari al 2%.

Risposta

Non si conferma. Considerato che l'art. 106 co. 1 del d.lgs. 36/2023, prevede la possibilità, "*Nel caso di procedure di gara realizzate in forma aggregata da centrali di committenza*" di prevedere un importo della garanzia "*nella misura massima del 2 per cento del valore complessivo della procedura*", si ribadisce quanto previsto dal par. 10 del Disciplinare di gara, secondo il quale "*L'offerta è corredata, a pena di esclusione, da una garanzia provvisoria pari al 0,2% dell'importo complessivo dell'appalto e precisamente di importo pari ad € 640.000,00*".

28) Domanda

Fermo il quesito n. 1 [*id est* domanda n. 27], anche rispetto alla garanzia definitiva di cui al paragrafo 23.2 pag. 50 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che l'indicazione del 0,5% costituisca un mero refuso e che la percentuale corretta sia da calcolare conformemente all'art. 117 del Codice degli appalti pubblici.

Risposta

Non si conferma. Considerato che l'art. 117 co. 1 del d.lgs. 36/2023, prevede la possibilità, "*Nel caso di procedure di gara realizzate in forma aggregata da centrali di committenza*" di prevedere un importo della garanzia "*nella misura massima del 10 per cento dell'importo contrattuale.*", si ribadisce quanto previsto dal par. 23.2 del Disciplinare di gara, secondo il quale "*Ai fini della stipula del Contratto, l'aggiudicatario dovrà prestare, ai sensi dell'art. 117 del Codice, una garanzia definitiva, sotto forma di cauzione o fideiussione, pari allo 0,5% dell'importo contrattuale in favore del Ministero dell'Istruzione e del Merito*".

Divisione Sourcing Sanità, Beni e Servizi

Il Responsabile

(Dott. Guido Gastaldon)