

PROCEDURA APERTA TELEMATICA SOPRA SOGLIA COMUNITARIA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI CONCERNENTI IL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER IL PERSONALE DELL'AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

CIG B941A12FDE

AGGIORNAMENTO RIEPILOGO QUESITI PERVENUTI

Quesito n. 1

Tra le definizioni del capitolato tecnico si legge: "Polizza Assicurativa: Il documento che prova l'assicurazione. L'intero contenuto del presente Capitolato Tecnico costituirà il normativo della polizza, nel caso in cui la Cassa aggiudicataria vorrà emettere distinto documento dal presente. La sottoscrizione della polizza assicurativa sarà limitata alla Cassa aggiudicataria". È, pertanto, previsto che la cassa aggiudicataria possa contrarre apposita copertura assicurativa per le prestazioni oggetto del capitolato; in tale ipotesi:

si chiede conferma che i servizi connaturati all'esercizio dell'attività assicurativa (es. gestione dei sinistri, gestione area web riservata) o che comunque sono di regola prestati nell'ambito dei servizi connessi alla copertura assicurativa fornita (es. network di strutture sanitarie convenzionate), eventualmente anche tramite esternalizzazioni a service provider comunicati a IVASS secondo la vigente normativa, possano essere resi dalla Compagnia di assicurazione con cui la Cassa aggiudicataria stipulerà la polizza assicurativa per la copertura oggetto dell'appalto;

si chiede altresì conferma che, trattandosi di servizi strettamente assicurativi, per la diversa natura della Cassa, quest'ultima non debba ricorrere neppure all'istituto del subappalto, essendo già prevista dalla documentazione di gara la possibilità di stipulare apposita polizza per le prestazioni da erogare in favore dei beneficiari in essa indicati;

si chiede anche conferma che la documentazione che la Cassa aggiudicataria dovrà produrre per comprovare il possesso dei requisiti esecutivi inerenti la rete convenzionata, possa essere relativa alla Compagnia che assicurerà il rischio, o al suo provider.

Risposta:

Si precisa che è possibile partecipare in forma singola e/o associata, in avvalimento o in subappalto o cottimo come espressamente definito ai paragrafi 4, 7 e 8 del Disciplinare di gara.

Per quanto riguarda il possesso dei requisiti esecutivi inerenti la rete convenzionata, come previsto dal par. 6.3. del Disciplinare di gara, la relativa comprova dovrà essere fornita mediante la produzione di un elenco dettagliato delle strutture stesse, corredata della documentazione idonea a comprovarne il possesso/disponibilità (anche reperibile dal sito).

Quesito n. 2

Con riferimento al punto 6.3 lettera a) del Disciplinare di gara, si chiede conferma che la comprova del requisito possa essere fornita tramite il frontespizio della polizza assicurativa sottoscritta dalla cassa in qualità di contraente, in favore del committente pubblico/privato.

Risposta:

Il requisito di capacità tecnica e professionale di cui al punto 6.3 del disciplinare di gara è fornita mediante uno o più dei seguenti documenti:

- certificati rilasciati dall'amministrazione/ente contraente, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione;
- contratti stipulati con le amministrazioni pubbliche, completi di copia delle fatture quietanzate ovvero dei documenti bancari attestanti il pagamento delle stesse;
- attestazioni rilasciate dal committente privato, con l'indicazione dell'oggetto, dell'importo e del periodo di esecuzione;
- contratti stipulati con privati, completi di copia delle fatture quietanzate ovvero dei documenti bancari attestanti il pagamento delle stesse.

Quesito n. 3

Con riferimento al requisito della rete di cui al punto 6.3 del Disciplinare di gara, si chiede conferma che **si tratti di requisito esecutivo e non sia necessario ricorrere all'istituto dell'avvalimento; si chiede altresì** conferma che, **nell'ipotesi di stipula di apposita copertura assicurativa per le prestazioni oggetto dell'appalto, la rete convenzionata possa essere quella utilizzata dalla Compagnia (come da precedente quesito).**

Risposta:

Si conferma che il requisito di cui al punto 6.3 del Disciplinare di gara è un requisito "esecutivo".

La rete di strutture sanitarie e medici convenzionati di cui la cassa deve dotarsi per tutta la durata del contratto può essere propria o del raggruppamento o di un consorzio o in subappalto o in avvalimento.

Quesito n. 4

Con riferimento all'art. 16 Penali e rilievi del documento Allegato 4 Schema di contratto, si chiede conferma che il riferimento al richiamato punto C.1.1 del Capitolato tecnico sia un refuso, non essendo previsto un termine di rimborso per le prestazioni rese presso le strutture convenzionate.

Risposta:

Ad integrazione di quanto previsto nel capitolato tecnico, si precisa che qualora l'assicurato si rivolga a strutture convenzionate per una prestazione resa in forma indiretta, per analogia ai punti C.1.2, C.1.3 e

C.1.4 Il rimborso all'assicurato deve avvenire entro e non oltre 30 giorni lavorativi decorrenti dal ricevimento della documentazione completa.

Quesito n. 5

Con riferimento all'art. 16 Penali e rilievi del documento Allegato 4 Schema di contratto, si chiede conferma che trovi applicazione il limite massimo del 10% previsto dall'art. 126 del D. Lgs. 36/2023.

Risposta:

Si conferma.

Quesito n. 6

Si chiede conferma che, in relazione al secondo capoverso di pag. 16 del § **6.3 del Disciplinare "Requisiti di Capacità Tecnica e Professionale"** ("La disponibilità della rete - avente le caratteristiche di cui sopra o quelle migliorativa eventualmente indicate nell'ambito dell'offerta tecnica – dovrà essere garantita per l'intera durata del contratto") la rete convenzionata non debba essere **migliorata nell'offerta tecnica**, la quale non presenta sezioni dedicate al network sanitario.

Risposta:

Si conferma

Quesito n. 7

Si chiede conferma che la comprova del requisito esecutivo minimo delle strutture convenzionate di cui **al paragrafo 6.3 del Disciplinare si possa considerare soddisfatta se si fornisce a corredo dell'elenco** dettagliato delle strutture e dei medici convenzionati anche il link al portale web ove poter consultare tali strutture.

Risposta:

Si conferma

Quesito n. 8

Si chiede se i massimali dell'Alta Specializzazione, indicati nell>All.13a, sono da intendersi separati oppure come un unicum. Nello specifico si chiede se il massimale è di 9.000€, di cui 7.000€ spendibili fuori rete, oppure il massimale è di 16.000€ (9.000€ rete + 7.000€ fuori rete);

Risposta:

Ad integrazione di quanto previsto nel capitolato tecnico si precisa che il massimale dell'Alta specializzazione è complessivamente pari a € 9.000,00 per anno/nucleo familiare con un massimo di € 7.000,00 per anno/nucleo familiare in struttura sanitaria non convenzionata.

Quesito n. 9

Si chiede a quale data di osservazione sono i sinistri forniti negli allegati 12;

Risposta:

Ogni allegato riporta nella nomenclatura il periodo dei sinistri:

All 12a Monitoraggio Sinistri Chiusi e Pendenti ottobre 2021 - marzo 2022;

All 12b - Monitoraggio Sinistri Chiusi e Pendenti aprile - settembre 2022;

All 12c- Monitoraggio Sinistri Chiusi e Pendenti ottobre 2022 - marzo 2023;

All 12d - Monitoraggio Sinistri Chiusi e Pendenti aprile - settembre 2023;

All 12e - Monitoraggio Sinistri Chiusi e Pendenti ottobre 2023 - marzo 2024;

All 12f - Monitoraggio Sinistri Chiusi e Pendenti aprile - settembre 2024.

Quesito n. 10

Si chiede se sia possibile integrare gli allegati 12 della specifica sul soggetto che ha effettuato il sinistro. Nello specifico si chiede se si possa indicare se il sinistro è stato effettuato da un dipendente, da un familiare a carico oppure da un familiare non fiscalmente a carico;

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 11

Si chiede di fornire i dati dei sinistri del periodo di proroga, ovvero i sinistri che effettuati da ottobre 2024 ad aprile 2025.

Risposta:

Si veda il documento pubblicato in data 23.12.2025 sulla piattaforma denominato "All. 17 Sinistri da 1 ott 2024 a 30 apr 25".

Quesito n. 12

Si chiede se attualmente il collettivo è privo di copertura assicurativa.

Risposta:

Attualmente, l'Autorità non dispone di coperture assicurative. Da informazioni assunte, parte dei dipendenti ha provveduto ad attivare un'assicurazione a carattere personale.

Quesito n. 13

Si chiede di fornire l'ammontare complessivo dei premi versati per la copertura assicurativa durante l'ultimo triennio, nonché l'ammontare dei premi versati per il periodo di proroga.

Risposta:

Per la copertura assicurativa per il periodo 1° ottobre 2021 – 30 settembre 2024 sono stati versati premi per un importo pari a € 1.870.639,50.

Per il periodo di proroga dal 1° ottobre 2024 - al 31 marzo 2025 sono stati versati premi per un importo pari a € 372.517,53.

Quesito n. 14

Si prega di indicare se i dipendenti presenti nell>All. 14 hanno dei familiari non fiscalmente a carico. In tal caso fornire la numeri dei familiari non fiscalmente a carico per cui nel disciplinare di gara è previsto che si dovrà indicare il premio pro-capite annuo;

Risposta:

Il dato non è noto. Tuttavia, come riportato nell>All 13 "Report sintetico andamento tecnico", si fornisce il dato di dettaglio relativo all'adesione dei familiari non fiscalmente a carico nel precedente contratto.

ANNO 2021 -2022:

- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 75

ANNO 2022 – 2023

- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 79

ANNO 2023 – 2024

- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 80

PROROGA TECNICA (dal 1.10.2024 al 31.1.2025)

- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 74

PROROGA TECNICA (dal 1.2.2025 al 30.4.2025)

- Numero di familiari NON fiscalmente a carico 76

Quesito n. 15

L'eventuale Opzione di proroga di 12 mesi, prevista nel Disciplinare di gara, è vincolante o facoltativa per la Compagnia? La Compagnia può eventualmente non accettare la proroga?

Risposta:

Essendo prevista nel bando e nei documenti di gara iniziali l'opzione di proroga, previa espressa richiesta dell'Amministrazione, il contraente è tenuto a eseguire le prestazioni contrattuali ai prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto nel rispetto di quanto previsto all'art. 120, comma 10, del D.lgs. 36/2023.

Quesito n. 16

Tra le aree di riforma del capitolato tecnico vi sono gli ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN RETE e le CURE /SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE. Tuttavia, non sono stati forniti sinistri in merito alle categorie sopra citate. Si chiede di integrare i Report sinistri con le informazioni mancanti.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 17

Sotto la voce ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE sono archiviati sinistri in cui l'importo della franchigia è pari a 20€ e non pari al 10% dell'importo della fattura (scoperto). Si chiede se tali sinistri in realtà siano VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN RETE data l'applicazione di regole di rimborso non in linea con la Categoria di Sinistro. In caso affermativo si chiede una estrazione aggiornata con le corrette nomenclature di categoria di sinistro.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 18

Sotto la voce ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE sono archiviati sinistri in cui l'importo del rimborsato è superiore ad 80€. Si chiede se tali sinistri in realtà sia ALTA DIAGNOSTICA F. RETE data l'applicazione di regole di rimborso non in linea con la Categoria di Sinistro. In caso affermativo si chiede una estrazione aggiornata con le corrette nomenclature di categoria di sinistro.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 19

Alla luce dei chiarimenti forniti e del riferimento alla partecipazione in forma associata a riscontro di quesito inerente la copertura assicurativa, si chiede conferma che:

- una Cassa Sanitaria possa partecipare alla procedura in RTI costituendo con una Compagnia di Assicurazione, che pertanto rientrerebbe tra i soggetti ammessi a partecipare;
- la Cassa, in tale scenario, rivestirà il ruolo di mandataria;
- la Compagnia, in tale scenario, non sarà tenuta a possedere il requisito di idoneità professionale di cui al § 6.1.

Risposta:

Si conferma

Quesito n. 20

Con riferimento al Capitolato Tecnico, Art. 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate, si chiede di precisare se lo scoperto del 45% a carico dell'Assicurato è da intendersi per accertamento (come nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di medici convenzionati) o per evento/richiesta di rimborso.

Risposta:

Analogamente a quanto previsto per le prestazioni di alta specializzazione presso strutture sanitarie convenzionate, nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate lo scoperto del 45% è da intendersi per accertamento.

Quesito n. 21

Con riferimento al Capitolato Tecnico, Art.5. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati, si chiede di precisare se franchigia di euro 30,00 a carico dell'Assicurato è da intendersi per accertamento

(come nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di medici non convenzionati) o per evento/richiesta di rimborso.

Risposta:

Si precisa che, analogamente a quanto previsto nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a medici che esercitano in intramoenia, o a medici non convenzionati, la franchigia prevista per il caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati, si applica per prestazione/accertamento.

Quesito n. 22

Con riferimento all'art.10 del Capitolato Tecnico, SERVIZI EROGATI DA CENTRALE OPERATIVA O TRAMITE SITO INTERNET e in particolare al passaggio "...La Contraente dovrà fornire al Direttore dell'esecuzione incaricato dalla Stazione appaltante il numero di telefono del cellulare, del fisso e l'indirizzo mail del Responsabile Medico della Centrale Operativa e di altri due referenti interni responsabili della Centrale Operativa con autonomia funzionale per la gestione dei casi urgenti. Tale attività potrà essere svolta unicamente in presenza della Privacy regolarmente sottoscritta." ferma la presenza dei due referenti responsabili con autonomia funzionale, si chiede di precisare quali attività/interventi operativi ci si attenda dal "Responsabile Medico della Centrale Operativa". Inoltre, si chiede di confermare se il presidio medico per la gestione delle urgenze possa essere garantito mediante un medico reperibile, attivato dal Servizio assistenza (attivo h24), a seguito della richiesta dell'Assistito.

Risposta

Per quanto attiene le attività/interventi operativi del responsabile Medico della Centrale Operativa si rinvia a quanto espressamente previsto dal Capitolato tecnico. In merito al presidio medico per la gestione delle urgenze si conferma la possibilità che esso sia garantito mediante un medico reperibile, attivato dal Servizio assistenza (attivo h24), a seguito della richiesta dell'Assistito.

Quesito n. 23

Con riferimento ai documenti "All.12, lett. a),b),c),d),e),f)" e "All. 17" si chiede statistica sinistri, suddivisa tra dipendenti, familiari fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 24

Con riferimento al Capitolato Tecnico, art. 10, rubricato "Servizi erogati da Centrale Operativa o tramite sito internet", e alle previsioni sui servizi in reperibilità H24, si chiede di chiarire se possa ritenersi idoneo un modello organizzativo in cui la Centrale Operativa non preveda un presidio sanitario interno con

relativo responsabile e la funzione medica e quella di gestione dei casi urgenti siano assicurate tramite un referente medico esterno sempre reperibile in via diretta sui recapiti dello stesso messi a disposizione degli aderenti oppure attivato dalla Centrale Operativa stessa per il tramite dei propri operatori non sanitari, effettuando la presa in carico delle richieste dell'Assistito e assicurando la gestione mediante l'attivazione del medico reperibile.

Risposta

Si rinvia a quanto espressamente previsto dal Capitolato tecnico e alla risposta al quesito 22.

Quesito n. 25

A pagina 11 del Disciplinare, art. 3.3 MODIFICA DEL CONTRATTO IN FASE DI ESECUZIONE, si legge: **"Opzione di proroga del contratto: la stazione appaltante si riserva di prorogare il contratto per una durata massima pari a n. 12 (dodici) mesi agli stessi prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto. L'importo stimato di tale opzione è pari a € 783.000,00. L'esercizio di tale facoltà è comunicato all'appaltatore almeno 2 (due) mesi prima della scadenza del contratto.". Poiché all'art. 3.1 DURATA non si parla di alcuna proroga di 12 mesi, e nemmeno all'art. 12 del Capitolato DECORRENZA E ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DEL PIANO DI ASSISTENZA non se ne fa menzione, si chiede conferma che il riferimento alla proroga di 12 mesi nell'art. 3.3 del Disciplinare rappresenti un refuso. Se così non fosse, si chiede conferma che, in caso ANAC richieda l'esercizio di tale proroga di 12 mesi, l'appaltatore possa rifiutarsi di concederla.**

Risposta:

SI conferma quanto espressamente previsto al riguardo dall'art. 3.3 del Disciplinare di gara. L'opzione di proroga è esercitata previa expressa richiesta dell'Amministrazione ed il contraente è tenuto a eseguire le prestazioni contrattuali ai prezzi, patti e condizioni stabiliti nel contratto nel rispetto di quanto previsto all'art. 120, comma 10, del D.lgs. 36/2023

Quesito n. 26

A pagina 11 del Disciplinare, art. 3.3 MODIFICA DEL CONTRATTO IN FASE DI ESECUZIONE, si legge: "In casi eccezionali, il contratto in corso di esecuzione può essere prorogato per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente se si verificano le condizioni indicate all'articolo 120, comma 11, del Codice. In tal caso il contraente è tenuto all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.". Si chiede conferma che la durata massima di tale proroga sia pari a 6 mesi.

Risposta:

Occorre distinguere tra opzione di proroga, descritta all'art. 3.3 del Disciplinare di gara, e prevista dall'art. 120, co. 10 del Codice dei contratti, dalla c.d. "proroga tecnica", indicata all'art. 3.1 del medesimo Disciplinare, e prevista dall'art. 120, comma 11 del Codice dei contratti. La durata della proroga tecnica è quella necessaria alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente. L'articolo 1

dell'Allegato I.3 del d.lgs. 36/2023 stabilisce i termini massimi della conclusione delle diverse tipologie di gara che potranno **essere scelte per l'individuazione del nuovo contraente**.

Si richiamano al riguardo le risposte ai quesiti n. 15 e n. 25.

Quesito n. 27

A pagina 6 del Capitolato, art. 2 PERSONE ASSICURATE, si legge: "I dipendenti dell'Autorità che verranno collocati in quiescenza nel corso dell'appalto resteranno assicurati fino alla scadenza dell'annualità. Conserveranno altresì il diritto a restare assicurati per l'eventuale seconda annualità contrattuale, qualora l'Autorità ritenga di attivare l'opzione di proroga del contratto; in questo caso dovranno farsi interamente carico del pagamento del premio pro capite annuo. Anche nel caso in cui l'Autorità attivi l'opzione di proroga tecnica, conserveranno il diritto a restare assicurati fino alla scadenza del relativo periodo di proroga, facendosi interamente carico del relativo premio pro capite. I familiari dei dipendenti collocati in quiescenza nel corso dell'appalto – sia quelli fiscalmente a carico che quelli non fiscalmente a carico – resteranno assicurati solo fino alla scadenza dell'annualità per la quale risultino iscritti prima del collocamento in quiescenza del dipendente medesimo.". Si chiede quindi conferma che, eventuali dipendenti ANAC già in quiescenza al momento dell'attivazione della copertura, non avranno diritto di essere assicurati, nemmeno se assicurati dal precedente contratto.

Risposta:

Si conferma che i dipendenti ANAC già in quiescenza al momento dell'attivazione della nuova copertura non avranno diritto di essere assicurati.

Quesito n. 28

Si chiede inoltre di quantificare la numerosità dei dipendenti che verranno collocati in quiescenza nel **corso dell'appalto e, se quanto sopra non verrà confermato, anche la numerosità dei dipendenti già in quiescenza al momento dell'attivazione della copertura e già coperti dal precedente contratto**.

Risposta:

Per l'anno 2026 sono previste n. 5 cessazioni dal servizio.

Per l'anno 2027 sono previste n. 8 cessazioni dal servizio.

Quesito n. 29

Relativamente alla garanzia PARTO – CURE NEONATO – ABORTO, art. 3.3 del Capitolato, si chiede conferma che le cure del neonato siano soggette agli stessi limiti e massimali previsti per il parto (cesareo oppure naturale a seconda del caso).

Risposta:

Il massimale, gli scoperti e le franchigie per le cure neonatali si intendono quelli derivanti da eventi collegati al parto (sia cesareo che non cesareo).

Quesito n. 30

A pagina 10 del Capitolato, art. 3.7 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI, lettera b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate", si legge: "In caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1 (ad eccezione delle voci di cui alla lettera c), d) e)), 3.2 e 3.3 vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto, di seguito indicato, che rimarrà a carico dell'Assicurato". Si chiede conferma che il riferimento alla lettera e) rappresenti un refuso, in quanto alla lettera e) vengono descritte le prestazioni post ricovero. In altre parole, analogamente a quanto previsto per le prestazioni pre ricovero (lettera a)) anche alle prestazioni post ricovero (lettera e)) verranno applicati i limiti descritti al punto "b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate".

Risposta:

Si fa presente che il par. 3.7 lett b) del Capitolato tecnico contiene un refuso. Al riguardo, si riporta la corretta formulazione del medesimo:

"In caso di utilizzo di strutture non convenzionate, le spese relative alle prestazioni di cui ai precedenti punti 3.1 (ad eccezione delle voci di cui alla lettera c), d), 3.2 e 3.3 vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di uno scoperto, di seguito indicato, che rimarrà a carico dell'Assicurato"

Quesito n. 30

Relativamente alla garanzia ALTA SPECIALIZZAZIONE (pagina 11 del Capitolato), si chiede conferma che il massimale di € 7.000 per anno/nucleo previsto in struttura non convenzionata sia da intendersi come sottomassimale del massimale di € 9.000 per anno/nucleo previsto in struttura convenzionata.

Risposta:

Si veda la risposta al quesito n. 8.

Quesito n. 31

Relativamente alla garanzia PARTO CESAREO - CURE NEONATO /ABORTO TERAPEUTICO (pagina 8 del Capitolato), si chiede conferma che il massimale di € 3.000 per anno/nucleo previsto in struttura non convenzionata sia da intendersi come sottomassimale del massimale di € 10.000 per anno/nucleo previsto in struttura convenzionata.

Risposta:

I massimali vanno considerati distintamente

Quesito n. 32

Relativamente alla garanzia PARTO NON CESAREO – CURE NEONATO (pagina 8 del Capitolato), si chiede conferma che il massimale di € 1.500 per anno/nucleo previsto in struttura non convenzionata sia da intendersi come sottomassimale del massimale di € 6.000 per anno/nucleo previsto in struttura convenzionata.

Risposta:

I massimali vanno considerati distintamente

Quesito n. 33

In relazione al "Capitolato tecnico" art. 3.4 "TRASPORTO SANITARIO", si chiede conferma la copertura sia prevista a seguito di ricovero/day hospital indennizzabili a termini di polizza.

Risposta:

Si richiama quanto espressamente previsto dal Capitolato tecnico.

Quesito n. 34

In relazione al "Capitolato tecnico", art. 3.5 "RIMPATRIO DELLA SALMA", si chiede conferma la copertura sia prevista a seguito di ricovero indennizzabile a termini di polizza.

Risposta:

Come previsto dal par. 3.5 del Capitolato tecnico, in caso di decesso all'estero durante il ricovero, verranno rimborsate direttamente le spese sostenute per il rimpatrio della salma (senza eccezione alcuna) nei limiti ivi previsti nel limite di euro 1.500,00 per anno e per nucleo familiare.

Quesito n. 35

In relazione al "Capitolato tecnico" art. 3.8 "Indennità sostitutiva" si chiede conferma che, in caso di richiesta di day hospital con pre e post ricovero, al fine di una corretta valutazione del sinistro, le fatture di pre e post ricovero debbano essere inviate in un'unica soluzione contestualmente alla richiesta di indennità.

Risposta:

Si fa presente che le fatture potranno essere inviate anche in più soluzioni. Nel caso in cui la richiesta di indennità avvenga in più soluzioni, l'assicurato dovrà specificare il riferimento alla precedente richiesta.

Quesito n. 36

In relazione al "Capitolato tecnico" art. 4 "ALTA SPECIALIZZAZIONE", si legge "E' previsto il rimborso delle spese per le seguenti prestazioni (indicate a titolo esemplificativo)". Si chiede conferma che la dicitura "a titolo esemplificativo" sia un refuso e che le prestazioni previste nella suddetta garanzia siano solo quelle indicate nell'elenco riportato all'articolo stesso. Ne consegue che gli accertamenti diagnostici

non compresi in tale elenco debbano intendersi previsti all'art. 5 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI". Diversamente, ci sarebbero accertamenti diagnostici previsti in entrambe le garanzie, e non sarebbe possibile procedere a una corretta e puntuale liquidazione.

Risposta:

Si conferma che le prestazioni indicate all'art 4 del Capitolato tecnico sono "a titolo esemplificativo".

Quesito n. 37

In relazione "Capitolato tecnico" art. 4 "ALTA SPECIALIZZAZIONE", si chiede conferma che la copertura sia attiva per le prestazioni in elenco se eseguite in regime extra-ospedaliero, e che le endoscopie siano previste solo se a fine diagnostico.

Risposta:

Si conferma quanto previsto dall'art. 4 del Capitolato tecnico.

Quesito n. 38

In relazione al "Capitolato tecnico", art. 5 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", in relazione ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, si chiede conferma che le prestazioni debbano essere prescritte da medici regolarmente iscritti all'albo – o il medico "di base" o uno specialista la cui specializzazione sia inherente alla patologia denunciata, effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa e che non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Risposta:

Si conferma

Quesito n. 39

In relazione al "Capitolato tecnico", art. 9 "CURE DENTARIE", si chiede conferma che lo scoperto e la franchigia previsti si possano intendere per autorizzazione/presa in carico – quindi per l'insieme delle prestazioni comprese nel medesimo piano di cura – nel caso di sinistri in Strutture convenzionate con la Società, e per fattura/persona in caso di rimborso per prestazioni odontoiatriche/ortodontiche eseguite in Strutture non convenzionate.

Risposta:

Sia in caso di utilizzo di centri convenzionati che di centri non convenzionati, gli scoperti e le franchigie si applicano su ogni fattura.

Quesito n. 40

In relazione all' art C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE – c.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA CASSA EFFETTUATE DA MEDICI NON CONVENZIONATI– C.1.4 SINISTRI NEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE del "Capitolato tecnico" si chiede conferma che per ottenere il rimborso delle spese sostenute in caso Ricovero (con e senza intervento) day Hospital (con e senza intervento), intervento ambulatoriale, parto (cesareo e non cesareo) Cure del neonato ed Aborto e spese ad essi correlate, l'assicurato dovrà inoltrare, oltre al modulo di denuncia, la seguente documentazione:

- copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme **all'originale;**
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica, **conforme all'originale.**

Risposta:

Si rinvia a quanto espressamente previsto al par. C.1.2 del Capitolato tecnico

Quesito n. 41

In relazione al "Capitolato tecnico", art. 5 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", si chiede conferma che la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, sia necessaria sia per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici.

Risposta:

Si conferma

Quesito n. 42

In relazione al "Capitolato tecnico" Art. 5 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", non essendo presente alcun riferimento all' interno della garanzia, si chiede conferma che la franchigia euro 30 prevista per la forma diretta sarà applicata ad ogni visita specialistica, ad ogni accertamento diagnostico.

Risposta:

Si conferma

Quesito n. 43

Relativamente al criterio 4 dell'offerta tecnica si chiede conferma che il riferimento "punto 3.7, lett. a), n. i) del capitolato tecnico" presenti un refuso, in quanto i ricoveri con intervento chirurgico in strutture sanitarie non convenzionate sono regolamentati al punto 3.7, lett. b), n. i) del capitolato tecnico.

Risposta:

Si conferma. A tal fine è stato pubblicato in data odierna **il documento "Nuovo modello di offerta tecnica"** che sostituisce integralmente quello precedentemente pubblicato.

Quesito n. 44

Relativamente al criterio 5 dell'offerta tecnica si chiede conferma che il riferimento "punto 3.7, lett. b), n. i) del capitolato tecnico" presenti due refusi, in quanto i ricoveri senza intervento chirurgico in strutture sanitarie convenzionate ed effettuati da medici ed equipe convenzionati sono regolamentati al punto 3.7, lett. a), n. ii) del capitolato tecnico.

Risposta:

Si conferma. A tal fine è stato pubblicato in data odierna il documento "Nuovo modello di offerta tecnica" che sostituisce integralmente quello precedentemente pubblicato.

Quesito n. 45

Relativamente agli allegati 12a – 12f, si osserva che tra le voci "Garanzia Gad Sinistro" manca quella relativa agli accertamenti diagnostici in rete. Ipotizzando che quest'ultima non rappresenti una voce di costo di poco conto, si chiede il perché dell'assenza di tale voce nei report sinistri. Si chiede di integrare tutti i report sinistri della voce mancante.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 46

Relativamente agli allegati 12a – 12f, si richiede il distinguo tra i sinistri fatti in strutture private non convenzionate e quelli fatti in SSN.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 47

Relativamente agli allegati 12a – 12f, si osserva che tra le voci "Garanzia Gad Sinistro" mancano le voci relative alle visite specialistiche e ai trattamenti fisioterapici, sia in rete che in fuori rete che in ssn. Ipotizzando che le garanzie in oggetto non rappresentino voci di costo di poco conto, si chiede il perché dell'assenza di tali voci nei report sinistri. Si chiede di integrare tutti i report sinistri delle voci mancanti.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 48

Si chiede di integrare i report degli allegati 12a – 12f con la tipologia di assicurato che ha fatto ciascun sinistro (titolare, familiare a carico, familiare non a carico). 5) Relativamente agli allegati 12a – 12f, si osserva che tra le voci “Garanzia Gad Sinistro” manca quella relativa alla indennità sostitutiva per il ricovero. Si chiede il perché dell’assenza di tale voce nei report sinistri. Si chiede di integrare tutti i report sinistri della voce mancante.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 49

Relativamente agli allegati 12a – 12f, si osserva che tra le voci “Garanzia Gad Sinistro” manca quella relativa a “CURE /SPESE/PROTESI DENTARIE” in rete. Ipotizzando che quest’ultima non rappresenti una voce di costo di poco conto, si chiede il perché dell’assenza di tale voce nei report sinistri. Si chiede di integrare tutti i report sinistri della voce mancante.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 50

Per ciascuno dei report agli allegati 12a – 12f, si chiede quale sia la data di aggiornamento, in quanto tale data non si evince né dal nome del report (il quale fa riferimento alla sola data di accadimento dei sinistri e non alla data di aggiornamento), né dal contenuto dello stesso.

Risposta:

Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

Quesito n. 51

Si chiede se, relativamente a garanzie e premio, i piani dei periodi 2021-2022 e 2022-2023 siano stati i medesimi del periodo 2023-2024 (con relative proroghe). In caso contrario se ne chiedono i contenuti.

Risposta:

Le garanzie e i premi previsti per i periodi 2021-2022 sono stati i medesimi del periodo 2023-2024 (con relative proroghe).

Quesito n. 52

Nell'allegato 13a "Diff piano scaduto e nuovo piano", relativamente al premio di gara dei familiari non a carico (CO e FI) si legge: "Soggetto ad offerta opzionale". Ciò fa intendere che l'offerta del premio per questa categoria di assicurati sia opzionale. In altre parole si comprende che il concorrente ha facoltà di non offrire alcun premio per i familiari non a carico, ed escluderli quindi dalla copertura.

Tale interpretazione è in contrasto con quanto riportato nel disciplinare a pagina 31, art. 16 OFFERTA ECONOMICA, dove si legge: **"L'offerta economica [...] deve indicare, a pena di esclusione, i seguenti elementi: [...] d) il premio pro capite annuo offerto per ciascun familiare NON fiscalmente a carico. Tale importo non incide sull'attribuzione del punteggio economico."**. Da ciò si interpreta infatti che il concorrente deve obbligatoriamente offrire un premio per tale categoria di assicurati e quindi deve obbligatoriamente prevederli in copertura.

Si chiede di chiarire quale sia la corretta volontà dell'Ente in merito a tale argomento.

Risposta:

Si fa presente che, come previsto al par. 16 del Disciplinare di gara, il concorrente dovrà indicare, a pena di esclusione, il premio pro-capite annuo offerto per ciascun familiare NON fiscalmente a carico. Tale importo non incide **sull'attribuzione del punteggio economico**. In merito alla valutazione di tale offerta si rimanda a quanto stabilito al par. 21 del presente disciplinare.

Quanto indicato sull'argomento al par. 4 dell'Allegato n. 13a "Diff piano scaduto e nuovo piano" deve pertanto intendersi un mero refuso.

Quesito n. 53

Si chiede conferma che il CCNL richiesto sia il CCNL per il personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione/assistenza ANIA J121.

Risposta:

Si conferma il CCNL indicato al par. 3 del Disciplinare di gara (codice J131).

Quesito n. 54

Si chiede conferma che sia possibile la partecipazione alla presente procedura di gara anche nella forma del raggruppamento di impresa anche da costituire con Compagnia Assicurativa nel ruolo di Mandante e della Cassa di assistenza nel ruolo di Mandataria. Se sì, si chiede conferma che, in tal caso, il requisito **di idoneità professionale richiesto alla Compagnia debba essere l'iscrizione alla Camera di Commercio e l'autorizzazione IVASS e non l'iscrizione all'anagrafe dei Fondi Sanitari che per sua natura è solo per Casse/Fondi** e quindi richiesto solo alla Mandataria.

Risposta:

Si veda la risposta al quesito n. 19.