

QUESITI E CHIARIMENTI RICHIESTI IN ORDINE AGLI ATTI PER L'AFFIDAMENTO DELLA CONVENZIONE PER LA POLIZZA DI TUTELA SANITARIA "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" E "GRAVI EVENTI MORBOSI" A FAVORE DI TUTTI GLI ISCRITTI ALLA CASSA FORENSE E CONVENZIONE ASSICURATIVA INTEGRATIVA .

“Q” significa quesito

“ R” significa risposta

Q: Si chiede conferma che la dichiarazione di cui alle “NOTE” in calce alla “Scheda Attestazione Requisiti” che si richiede di produrre in allegato (relativa all’art. 2359 c.c.) coincida con la dichiarazione di cui alla lettera m-quater della “Scheda”stessa e non si renda quindi necessario produrre un’ulteriore separata dichiarazione.

R: Si conferma che non si deve rendere ulteriore e separata dichiarazione.

Q: Si chiede conferma che l’elenco delle strutture sanitarie convenzionate da produrre debba riguardare esclusivamente ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero e non diverse strutture (quali a titolo esemplificativo e non esaustivo Centri Diagnostici, Poliambulatori, Centri di fisioterapia); si chiede anche conferma che l’elenco debba riportare anche le strutture adibite a ricovero diurno e non solo notturno (Day Hospital) e che per “specializzazione” da indicare con riferimento alla singola struttura si intendano i reparti attivi presso la struttura stessa.

R.: L’interpretazione è corretta.

Q: Come previsto dall’art. 15 del Disciplinare di Gara, secondo capoverso, si chiede conferma della possibilità di ricorrere all’istituto del subappalto ex art. 118 del D.Lgs. 163/2006 (a titolo esemplificativo e non esaustivo per la disponibilità della rete di strutture convenzionate e della Centrale Operativa).

R.: Si rimanda, oltre a quanto previsto dal D.Lgs. 163/2006, anche a quanto disposto all’art. 2 del Disciplinare di Gara.

Q: Si chiede di conoscere il termine ultimo, se previsto, per formulare richieste di chiarimenti.

R.: Non è stato previsto un termine ultimo al riguardo; in ogni caso saranno presumibilmente prese in considerazione tutte le richieste di chiarimento che perverranno entro il 25/07/2013 ritenuto termine congruo, vista la scadenza per la presentazione delle offerte prevista per il 02 agosto 2013, per consentire la risposta e la successiva pubblicazione sul sito.

Q: In relazione alla procedura specificata in oggetto, Le chiedo gentilmente se è possibile prendere visione di una statistica sinistri con un periodo di osservazione più lungo rispetto a quello messo a disposizione dal vostro rispettabile ente.

R: Quanto richiesto è stato pubblicato sul nostro sito: www.cassaforense.it. (Aggiornamento elenco sinistri al 31/05/2013).

Q: Chiediamo conferma della possibilità per la Compagnia di Assicurazione concorrente di poter subappaltare delle attività di carattere non assicurativo ad un service amministrativo iscritto alla CCIAA che non ha natura di compagnia assicuratrice.

R: L’oggetto della gara è complesso e molto articolato in quanto è composto da più servizi collegati, ciò premesso, viene ammesso per legge il subappalto nei limiti del 30%, percentuale da calcolarsi sul valore totale e complessivo del servizio.

Q: Chiediamo anche conferma che nella predetta ipotesi non trovi applicazione la limitazione prevista dal da Voi richiamato articolo 2 del Disciplinare di gara “Non sarà ammessa la compartecipazione di Imprese che abbiano identità totale o parziale delle persone che in esse rivestono i ruoli di legale rappresentante”, tenuto conto che il soggetto cui vengono affidate in subappalto le attività amministrative non partecipa all’assicurazione del rischio.

R: L'articolo 2 del Disciplinare di Gara si riferisce alla compartecipazione (e non al subappalto) di Imprese pertanto si ribadisce che non possono partecipare alla gara più concorrenti aventi lo stesso Rappresentante Legale.

Q: Si chiede di indicare nell’ambito di quale busta dovrà essere inserita la dichiarazione di subappalto.

R: La dichiarazione di subappalto deve essere inserita nell' offerta economica e deve contenere tutte le specifiche previste dalla legge e il valore dello stesso perchè la Cassa è tenuta ad effettuare le relative verifiche sulla legittimità del ricorso al predetto istituto.

Q: Si chiede conferma che all’art 4, lettera e) numero 9 del Disciplinare di gara l’articolo di riferimento del Capitolato Speciale sia il 20 e non il 19.

R: Si conferma che l'articolo di riferimento è il numero 20 ;così come correttamente indicato al punto v) della scheda dichiarazioni.

Q: Si chiede cortesemente di avere un riscontro affermativo o negativo alla seguente domanda: è consentito che il subappaltatore sia un service amministrativo non avente natura di Compagnia di Assicurazione?

R: Il quesito non è sufficientemente chiaro in quanto non specifica quali attività dovrebbe svolgere “un service amministrativo non avente natura di Compagnia di Assicurazione” atteso che le attività oggetto del Capitolato Speciale sono tutte tra loro strettamente correlate ad una attività avente natura assicurativa.

Q: Possono essere subappaltate: - Centrale Operativa/Call-center - rete di strutture convenzionate?

R: Premesso che le predette attività (o servizi) sono da considerarsi essenziali ai fini della realizzazione dell’oggetto di gara, le stesse, se subappaltate, dovranno rispettare tutte le caratteristiche/requisiti richiesti e indicati nel Capitolato Speciale.

Dato il peso sia quantitativo che qualitativo delle suddette attività, si ricorda che il subappalto non potrà superare il limite del 30% da calcolarsi sul valore totale e complessivo del servizio così come previsto dal codice degli appalti.

Q: Con riferimento al punteggio per Merito Tecnico relativo al numero complessivo di convenzioni come definito al punto 2.8 della tabella 2 di pagina 6 del Capitolato Speciale, si chiede conferma della modalità di attribuzione del punteggio come prevista sub 2.8 di pagina 8. Ciò considerato che - Fonte Ministero della Salute (aggiornamento al 31/10/2011) - il numero totale di strutture di ricovero pubbliche e private (accreditate e non) in Italia ammonta a meno di 1.500.

R: Si confermano le modalità di attribuzione del punteggio di cui al sub 2.8 di pagina 8 del Capitolato Speciale.

Q: Confermate che le certificazioni di cui al Capitolato Speciale, Articolo “Oggetto dell’appalto”, lettera a) numero V) pagina 3, sono eventuali e non invece una caratteristica minima necessaria? Confermate che la relativa voce presente nel fac-simile di dichiarazione potrà essere espunta/barrata dal concorrente laddove non possedute le predette certificazioni?

R: Sì, l’interpretazione è corretta.

Q: Per presidi di cui all’Articolo “Oggetto dell’appalto”, lettera e) pagina 3, del Capitolato Speciale devono intendersi anche strutture pubbliche e private diverse da quelle abilitate al ricovero (ad esempio

poliambulatori, centri diagnostici,...)? Confermate che non è richiesta la produzione del relativo elenco, ma che l'unico elenco da produrre sia quello di cui al numero 2) del predetto articolo?

R: Si conferma che per presidi di cui all'Articolo "Oggetto dell'appalto", lettera e) pagina 3, del Capitolato Speciale devono intendersi anche strutture pubbliche e private diverse da quelle abilitate al ricovero. Si conferma, inoltre, che l'elenco da produrre è quello al punto 2 di pagina 3 del Capitolato Speciale. E' comunque gradito, altresì, un elenco relativo alla lettera e) pag. 3 del Capitolato Speciale.

Q: Si chiede un chiarimento in ordine all'espressione "in numero complessivo" nell'ambito dell'elenco richiesto sub 2) dell' Articolo "Oggetto dell'appalto", pagina 3 del Capitolato Speciale. Si deve intendere la produzione di un elenco della totalità delle strutture convenzionate, da fornire con dettaglio delle relative denominazioni e distribuzioni territoriali, oltre che delle specializzazioni?

R: Nel precisare che, come indicato nell'art.2 del Disciplinare di Gara, possono partecipare alla presente procedura le Imprese di Assicurazione singole o associate munite di autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa sul territorio nazionale nel ramo richiesto dalla presente gara ai sensi del D.Lgs. 209/05 "Codice delle Assicurazioni Private" (i soggetti stranieri devono essere abilitati secondo le norme dei Paesi in cui siano stabiliti), l'elenco in questione deve contenere tutti gli ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero, convenzionati con *le suddette imprese partecipanti*, in numero complessivo alla data di pubblicazione del bando avvenuta il 11/06/2013 e presenti su tutto il territorio nazionale, con indicazione della specializzazione.

Q: Si chiede cortesemente di conoscere se la statistica sinistri da Voi resa nota rappresenti un aggregato relativo ai tre piani sanitari. Si chiede anche se possibile disporre delle statistiche distinte per piano (relativamente all'ultimo triennio) con indicazione delle relative teste assicurate.

R: Le statistiche si riferiscono ad un aggregato e tutte quelle attualmente disponibili sono pubblicate sul nostro sito. Cassa Forense ha comunque provveduto a richiedere ulteriori dati che se forniti verranno pubblicati sul sito.

Q: Si chiede se i piani sanitari previsti nel bando di gara sono uguali a quelli in vigore al tempo delle statistiche e, laddove non lo fossero, si chiede di indicare le eventuali differenze.

R: Nell'attuale bando di gara è stato introdotto per la prima volta il piano copertura assicurativa integrativa. Pertanto, le statistiche pubblicate sul nostro sito non contengono i dati relativi a questo nuovo piano di copertura assicurativa.

Q: E' possibile conoscere il numero degli assistiti aderenti a ciascuno dei piani sanitari con riferimento all'ultimo triennio?

R: Le uniche statistiche attualmente disponibili sono quelle pubblicate sul nostro sito.

Q: Si chiede di sapere se i premi previsti per i due piani sanitari diversi dal Base, debbano essere sommati a quello Base o meno(per cui per esempio in caso di adesione dei familiari dell'Avvocato Attivo € 150,00 a base d'asta siano comprensivi degli € 80,00 della Base, o se viceversa si debba intendere € 150,00 + € 80,00).

R: Il servizio oggetto di gara prevede separatamente:

1) un premio a carico della scrivente Cassa fissato a base d'asta in euro 80,00 (ottanta/00), per ciascun assicurato e riferito ad una intera annualità, per la polizza sanitaria per la copertura assicurativa dei Rischi Grandi Interventi Chirurgici e Gravi eventi Morbosi in favore di circa 200.000 Avvocati e Praticanti iscritti a Cassa Forense. Tale premio verrà pagato alla compagnia aggiudicataria nel limite dell'importo aggiudicato per tutti i suddetti soggetti che risulteranno iscritti alla data dell'01/01/2014;

2) un premio fissato a base d'asta in euro 150,00 (centocinquanta/00) , riferito ad una intera annualità, per l'estensione della copertura assicurativa, con onere a carico degli iscritti e dei pensionati della Cassa Forense non iscritti, nonché superstiti di assicurati, a favore del coniuge, anche con residenza anagrafica diversa e dei propri familiari conviventi con limite di età fissato a 90 anni (come risultanti da stato di

famiglia ovvero da autocertificazione ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 - ovvero convivente more uxorio, come risultante da idonea certificazione ai sensi di legge. Sono, altresì, comunque compresi anche il coniuge non divorziato e/o figli non conviventi. Si precisa che per i figli non conviventi tale garanzia è operativa fino a 26 anni di età se studenti o se per essi è fatto obbligo al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione legale).

Tale premio, a carico dei suddetti soggetti, verrà pagato alla compagnia aggiudicataria solo a seguito di relativa ed espressa adesione lasciata alla completa volontà degli interessati.

Q: del Piano integrativo sono da sommarsi ai premi del piano base e dell'estensione del piano base?

R: Il quesito non è chiaro si rimanda a quanto risposto precedentemente.

Q: Sono previste delle provvigioni in favore di intermediari?

R: No, i documenti di gara non lo prevedono.

Q: Con la presente sottoponiamo alla S.V., in ordine agli atti per l'affidamento della convenzione per la polizza di tutela sanitaria "Grandi interventi chirurgici/Gravi eventi morbosi" a favore di tutti gli iscritti alla Cassa Forense, i seguenti quesiti:

- richiesta file elettronico dati analitici sinistri pagati/rimborsati
- dati adesioni integrativa
- dati adesioni volontarie familiari

R: Al momento tutte le statistiche disponibili sono state già pubblicate sul nostro sito, si fa presente che abbiamo inoltrato una opportuna richiesta alla compagnia di riferimento e gli ulteriori eventuali dati, se e quando saranno disponibili, verranno pubblicati sul sito.

Q: Il primo alinea dell'art. 12 del disciplinare di gara recita "I requisiti di ordine generale ed i requisiti di capacità economico-finanziaria e tecnico-organizzativa devono essere posseduti alla data di scadenza del termine di presentazione dell' offerta e per tutta la gara"; si chiede conferma che non siano previsti, come risulta dal Bando, requisiti di capacità tecnica-organizzativa ai fini della partecipazione alla procedura in oggetto, ma solo requisiti di capacità economica e finanziaria (raccolta premi).

R: Si conferma che per i requisiti di capacità tecnico- organizzativa si fa riferimento alla dichiarazione, richiesta e descritta alle pagine 2/3 del Capitolato Speciale, che verrà resa, in sede di offerta tecnica, dai concorrenti nonché oggetto di valutazione ai fini del relativo punteggio.

Q: Nel Capitolato speciale, a pagina 10, sub 3.5 della Tabella 3 si legge "ad ogni inserimento aggiuntivo rispetto alle prestazioni di cui agli art. 4 e 5 della copertura assicurativa integrativa, verrà attribuito un punteggio pari a 0,25 per ogni prestazione e/o accertamento diagnostico con finalità di prevenzione, fino ad un massimo di 1 punto.

- Si chiede conferma che sia corretto il riferimenti agli articoli 4 e 5, rispettivamente rubricati "Parto e Aborto" e "Modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 3 Ricovero / day hospital / intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio", ovvero se il riferimento debba intendersi ad articoli diversi.

- Si chiede conferma se la "finalità di prevenzione" sia necessaria o se possano essere proposte anche prestazioni e/o accertamenti non aventi la predetta finalità.

R: Si conferma che il richiamo agli art. 4 e 5 della copertura assicurativa integrativa è corretto. Si conferma altresì che il richiamo alla finalità di prevenzione è necessario non potendo essere proposte prestazioni e/o accertamenti, in aggiunta a quanto già prescritto nei suddetti articoli, non aventi la predetta finalità.

Q: Con riferimento al Capitolato Speciale ed ai punteggi attribuibili per Merito Tecnico Copertura Base (Tabella 2 di pagina 6), si chiede conferma che l'attribuzione del punteggio avvenga, a seconda dei casi, in base alla proposizione o meno delle migliorie, nonché in base ai parametri quantitativi esposti nella specifica dei parametri qualitativi contenuta alle seguenti pagine 7 e 8, e non applicando la regola

proporzionale tra i concorrenti. A titolo esemplificativo, con riferimento alla possibilità di inserire garanzie non previste dall'elenco Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Allegato A, si chiede conferma che, a parità di inserimenti (ad esempio il massimo, 20) non sarà svolta una valutazione qualitativa attribuendo il maggiore punteggio previsto (pari a 5) al concorrente che abbia proposto degli interventi ritenuti dalla stazione appaltante di maggiore interesse, bensì sarà attribuito pari punteggio ai concorrenti.

R: Si confermano le modalità di attribuzione del punteggio secondo i valori indicati alle pagine 7 e 8 del Capitolato Speciale.

Q: Con riferimento al Capitolato Speciale ed ai punteggi attribuibili per Merito Tecnico Copertura Base (Tabella 2 di pagina 6), si chiede conferma che sub 2.1 si richieda l'inserimento non di ulteriori garanzie, bensì di ulteriori singoli interventi chirurgici aggiuntivi rispetto a quelli elencati sub Allegato A..

R: Sì, l'interpretazione è corretta a condizione che l'inserimento aggiuntivo si riferisca alla tipologia dei Grandi Interventi Chirurgici (allegato A).

Q: Per la Copertura base:

- 1) Condizioni normative in corso sulla polizza in scadenza; in alternativa evidenza delle differenze tra le condizioni normative in corso e quelle previste dal capitolato di gara attuale;
- 2) N° iscritti negli anni 2011 e 2012;
- 3) N° adesioni, suddivise tra familiari, pensionati non iscritti, superstiti di avvocato negli anni 2011 -2012;
- 4) Statistica sinistri degli anni 2011 e 2012, riferita alla adesioni della copertura base, suddivisa tra familiari, pensionati non iscritti, superstiti di avvocato.

R:

- 1) Si rimanda al fascicolo informativo presente sul nostro sito al seguente link: www.cassaforense.it/Cassafor/Convenzioni/PolizzaSanitaria/Unisalute/documenti/anno2013/FascicoloInformativo.pdf
- 2) Il numero degli iscritti al 01/01/2011 ammonta a 156.932, al 01/01/2012 a 162.820, al 01/01/2013 a 170.104.
- 3) Al momento tutte le statistiche disponibili sono state già pubblicate sul nostro sito, si fa presente che abbiamo inoltrato una opportuna richiesta alla compagnia di riferimento e gli ulteriori eventuali dati, se e quando saranno disponibili, verranno pubblicati sul sito.
- 4) Si rimanda alla precedente risposta

Q: Per la Copertura integrativa:

- 1) Condizioni normative in corso o evidenza delle differenze tra le condizioni normative in corso e quelle previste dal capitolato di gara;
- 2) Numero adesioni suddivise tra iscritti, pensionati non iscritti, superstiti di avvocato negli anni 2011 -2012;
- 3) Statistica sinistri degli anni 2011 e 2012, suddivise tra iscritti, pensionati non iscritti, superstiti di avvocato;

R:

- 1) Si rimanda al fascicolo informativo presente sul nostro sito al seguente link: www.cassaforense.it/Cassafor/Convenzioni/PolizzaSanitaria/Unisalute/documenti/anno2013/FascicoloInformativoPolizzaIntegrativa.pdf
- 2) La copertura per la copertura integrativa non era presente per gli anni in questione.
- 3) Al momento tutte le statistiche disponibili sono state già pubblicate sul nostro sito, si fa presente che abbiamo inoltrato una opportuna richiesta alla compagnia di riferimento e gli ulteriori eventuali dati, se e quando saranno disponibili, verranno pubblicati sul sito.

Q: Termini di adesione e modalità di permanenza alla copertura base e alla copertura integrativa.

R: I termini di adesione saranno concertati con la Compagnia aggiudicataria di anno in anno concedendo un periodo congruo per poter aderire; le modalità di permanenza è annuale.

Q: Con specifico riferimento alla natura del Subappaltatore, chiediamo se lo stesso possa essere identificato in un Service Amministrativo, non avente natura di Compagnia di Assicurativa, al quale poter affidare le attività/servizi di fornitura della Rete di Strutture sanitarie convenzionate e di Centrale Operativa (relativamente a quest'ultima, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la gestione amministrativa delle prestazioni da erogarsi in regime di assistenza diretta).

R: Si conferma e si rimanda a quanto già risposto a due precedenti quesiti.

Q: Si chiede conferma che la garanzia LTC sia riservata al solo Titolare della copertura in servizio ovvero anche ai Titolari in quiescenza e se la stessa debba ritenersi estendibile anche ai familiari del titolare avente diritto.

R: La garanzia, ricompresa nel piano integrativo, è in favore di tutti gli assicurati (iscritti Cassa e loro familiari, pensionati della Cassa non più iscritti e loro familiari, superstiti e loro familiari) che aderiranno alla copertura integrativa in modo facoltativo con premio esclusivamente a proprio carico.

Q: Si chiede conferma che il massimale relativo la garanzia per malattie oncologica di cui all'art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione sia da intendersi per persona o per nucleo in caso di estensione della copertura anche allo stesso.

R: Si precisa che per la garanzia per malattia oncologica, il massimale di rimborso delle relative spese sostenute in caso di regime di assistenza indiretta, è da intendersi ad assicurato e non per nucleo familiare.

Q: A pagina 2 del Capitolato Speciale al paragrafo "OGGETTO DELL'APPALTO" si precisa che "Nell'offerta tecnica, i partecipanti alla gara dovranno produrre: 1) dichiarazione con la quale il concorrente:; e) garantisca l'estensione sul territorio nazionale di presidi (elenco delle strutture medico sanitarie pubbliche e private convenzionate in Italia) in numero, dimensioni e capacità operative tali da consentire la migliore erogazione delle prestazioni di polizza operanti in convenzione e, inoltre, garantisca la presenza di tali presidi in almeno 10 (dieci) Regioni d'Italia". Con riferimento al punto sopra richiamato si chiede di confermare se per strutture medico sanitarie "private convenzionate" si intendano quelle convenzionate con i partecipanti alla procedura in parola ovvero con il Servizio Sanitario Nazionale.

R: Per strutture medico sanitarie "private convenzionate" si intendono quelle convenzionate con i partecipanti alla Gara

Q: Si chiede conferma che con riferimento al call center di cui al punto 2.4 della Tabella 2 di pagina 6 del Capitolato Speciale, si intenda più estensivamente, come specificato alla successiva pagina 7, riferirsi alla struttura di Centrale Operativa. Analogamente si chiede doversi intendere quale Centrale Operativa il call center di cui a pagina 2 del Capitolato stesso, ultimo capoverso, lettera a).

R: L'interpretazione è corretta.

Q: A pagina 7 al Sub 2.4 si legge "il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti è attribuito in base al numero di operatori componenti la centrale operativa (...)".

Si chiede conferma all'Ente che ai fini del calcolo degli operatori componenti la centrale operativa debbano essere considerati solo ed esclusivamente i lavoratori alle dipendenze della Compagnia alla

data di pubblicazione del bando e non gli eventuali lavoratori somministrati da società di lavoro interinale o di altre società con i quali la Compagnia abbia in essere rapporti di subappalto o esternalizzazione.

R. Per il calcolo in questione si considereranno tutti gli operatori, dichiarati dal concorrente, come componenti la centrale operativa dedicata al servizio oggetto di gara a prescindere dal rapporto giuridico sottostante e fermo restando il rispetto della normativa in materia. Sarà compito della Commissione effettuare le opportune verifiche sulla veridicità di quanto dichiarato

Q: A pagina 7 al Sub 2.5 si legge "il sub-punteggio stabilito fino a un massimo di 5 punti è attribuito in base al numero del personale medico dipendente e consulente.

Si chiede conferma all'ente che il personale medico debba essere dipendente in forza alla Compagnia o con il quale la stessa abbia sottoscritto direttamente rapporti di consulenza. Ai fini della corretta identificazione della numerosità del personale medico attivo alla data del bando, con riferimento al personale medico consulente, si richiede se l'effettiva operatività di questi rapporti debba essere comprovata producendo i contratti di consulenza conclusi con la Compagnia (recanti indicazione della data di efficacia) e delle prestazioni effettuate dai suddetti medici, ad esempio attraverso indicazione dei corrispettivi loro erogati.

R. Si conferma che il punteggio sarà attribuito in base al numero del personale medico dichiarato dipendente e consulente. Sarà compito della Commissione effettuare le opportune verifiche sulla veridicità di quanto dichiarato.

Q: A pagina 8 al Sub 2.8 si legge "il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti viene attribuito in base al numero di ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero convenzionati con la Compagnia (...) Viene attribuito il valore di 1 punto sino a 2.000 strutture; 3 punti sino a 3.000 strutture; 5 punti oltre 5.000 strutture".

Si chiede conferma se l'attribuzione dei punteggi, in coerenza anche con quanto previsto ai precedenti punti 2.4 e 2.5, debba avvenire secondo questa regola: "Viene attribuito il valore di 1 punto sino a 2.000 strutture; 3 punti sino a 3.000 strutture; 5 punti fino a 5.000 strutture."

R. Si conferma che verrà attribuito il valore di 1 punto sino a 2.000 strutture; 3 punti sino a 3.000 strutture; 5 punti oltre 5.000 strutture.

Q: A pagina 8 al Sub 2.8 si legge "il sub-punteggio stabilito fino ad un massimo di 5 punti viene attribuito in base al numero di ospedali pubblici, cliniche e case di cura autorizzati al ricovero convenzionati con la Compagnia (...) Viene attribuito il valore di 1 punto sino a 2.000 strutture; 3 punti sino a 3.000 strutture; 5 punti oltre 5.000 strutture".

Si chiede conferma della correttezza della seguente interpretazione: Per "cliniche e case di cura autorizzati al ricovero convenzionati con la Compagnia" si debbono intendere esclusi gli stabilimenti termali, le RSA, le case di convalescenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche e le case di riposo.

Si chiede inoltre, alla luce della risposta alla richiesta di chiarimento già espressa in merito a questo tema in cui si legge che nell'elenco delle strutture convenzionate debbano essere ricomprese anche le strutture adibite al ricovero diurno e non solo notturno (cioè day hospital), se debbano essere ricomprese tutte le strutture in cui possano essere effettuati i ricoveri medici per "gravi eventi morbosi" o gli interventi chirurgici previsti nell'elenco dei "Grandi Interventi Chirurgici".

Si chiede infine se, per garantire la corretta ed univoca identificazione delle strutture convenzionate, queste debbano essere enucleate e contate facendo riferimento alla relativa Partita Iva.

R. Si conferma che si devono prendere in considerazione tutte le strutture sanitarie autorizzate al ricovero convenzionate con la Compagnia e presenti su tutto il territorio nazionale alla data di

pubblicazione del bando idonee a garantire le prestazioni di polizza operanti in regime di assistenza diretta.

Si devono, quindi, escludere qualsiasi altra tipologia (non attrezzata al riguardo) quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: gli stabilimenti termali, le RSA, le case di convalescenza e di soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le case di riposo, le strutture e centri diagnostici ambulatoriali e gli studi medici professionali.....

Infine, per una corretta identificazione delle strutture convenzionate il Committente è interessato, più che alla partita IVA, alla indicazione della denominazione sociale. A tale riguardo si ricorda che, come da capitolato speciale, dovranno essere inserite nell'elenco tutte le strutture già convenzionate con la Compagnia alla data di pubblicazione del bando.

Q: A pagina 10 "Tabella 3 Offerta economica e Merito Tecnico" si legge "Sub 3.5) ad ogni inserimento aggiuntivo rispetto alle prestazioni di cui agli art. 4 e 5 della copertura assicurativa integrativa (...)".

Considerando che gli art. 4 e 5 della copertura assicurativa integrativa sono rispettivamente "Parto e Aborto" e "Modalità di erogazione delle prestazioni di cui all'art. 3 {.)", si chiede conferma all'ente che i corretti riferimenti siano l'art.7 "Prestazioni di alta diagnostica" e l'art. 10 "Check up".

R. Si conferma, come già risposto ad un precedente quesito, che si deve far riferimento ad ogni inserimento aggiuntivo rispetto (oltre) a quanto previsto dagli articoli 4 e 5 della copertura assicurativa integrativa.

Q: A pagina 24 all'Art. 26.2.2 "Gravi eventi morbosi che necessitino di trattamento medico domiciliare" si legge "(...) sono compresi anche i rimborsi per le spese di cui ai punti g), i), j), k) riportati nell'art. 26.1".

All'art. 26.1 "Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici {Allegato A)" si legge "Sono garantite (...) le spese (...) i) Per viaggio e trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di cura all'altro (...) Tali spese sono rimborsabili se sostenute nel giorno di ricovero o nel giorno precedente e nel giorno di dimissione o nel giorno successivo".

Si chiede conferma all'ente che nel caso di grave evento morbo che necessiti di trattamenti domiciliari le eventuali spese di viaggio o trasporto dovranno essere rimborsate alle medesime condizioni applicate in caso di ricovero per grandi interventi chirurgici o per gravi eventi morbosi che necessitino di ricovero senza intervento chirurgico.

R. L'interpretazione è corretta.

Q: A pagina 24 all'Art. 28 "Garanzia per malattia oncologica" si legge "La Società provvede al pagamento diretto ed integrale alla strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate per tutte le prestazioni erogate sia mediche che di degenza. In caso di ricorso a strutture o equipe mediche non convenzionate ... e con il limite annuo di € 15.000 per i ricoveri con intervento chirurgico e di € 10.000 per i ricoveri di durata superiore a 5 giorni, non comportanti intervento chirurgico....."

Si chiede se, nell' ipotesi di ricorso a strutture convenzionate con la Compagnia riportata nel primo periodo del sopra citato articolo, si debbano intendere operanti, in assenza di altra indicazione, le stesse prestazioni e gli stessi limiti indicati al periodo successivo relativamente all'ipotesi di utilizzo di strutture non convenzionate.

R. Si precisa che, in caso di assistenza diretta per malattia oncologica, il ricorso a strutture medico-sanitarie e alle equipe mediche convenzionate con la Compagnia opera senza alcun limite di indennizzo per le medesime prestazioni previste per l'utilizzo rimborsuale della suddetta garanzia.

Q: A pagina 25 all'Art. 28 "Garanzia per malattia oncologica" si legge "(...) la Società rimborsa altresì entro i limiti sopra indicati le spese sostenute per tutte le terapie rese necessarie dalla malattia oncologica anche se non effettuate non in regime di ricovero (...)". A pagina 24 si legge "(...) la Società rimborsa le sottoelencate spese di ricovero (...) con il limite annuo di (...) € 10.000 per i ricoveri (...) non comportanti intervento chirurgico (...)". Si deduce che, in caso di terapie oncologiche effettuate non in regime di ricovero, il limite da considerare sia di €10.000.

Si chiede conferma all'ente della sopracitata interpretazione.

R. l'interpretazione è corretta fermo restando la mancanza di limite in caso di assistenza diretta.

Q: A pagina 33, nell'abito dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici, si legge che per l'intervento "Morbo di Dupuytren" è previsto un limite massimo di 5.150 euro. Successivamente, a pag. 38; si legge che per la voce "Plastiche riparatrici ricostruttive degli arti per lesioni alle superfici flessorie e estensorie (retrazione cicatriziale, Dupuytren, esiti di flogosi, traumi, etc.) per tempo operatorio" è previsto un limite di 11.400 euro. Si chiede conferma che in caso di intervento per morbo di Dupuytren il limite massimo da applicare sia quello indicate a pagina 33 e che la parola "dupuytren" debba essere eliminate dalla descrizione dell'intervento a pagina 38.

R. Per quanto riguarda il riferimento al Morbo di Dupuytren di cui a pag. 33, si precisa che tale intervento riguarda l'asportazione di quella parte di aponeurosi palmare colpita dalla malattia, con massimale di riferimento pari a € 5150

Il riferimento di cui a pag 38, invece, riguarda gli interventi resi necessari per eseguire delle plastiche cutanee di allungamento quando l'eccessiva retrazione non consente un'adeguata copertura cutanea, con relativo massimale € 11.400

Q: Poiché l'art. 29 comma 1 del Reg. 20 dell' Ivass precisa che "le imprese possono concludere accordi di esternalizzazione a condizione che la natura e la quantità delle attività esternalizzate e le modalità della cessione non determinino lo svuotamento dell'attività dell'impresa cedente", in relazione alle caratteristiche del contratto da assegnare, si chiede se sia possibile per la Compagnia assegnataria esternalizzare (anche mediante subappalto) - ad un soggetto terzo non partecipante alla gara - tutte le attività di gestione dell'appalto come la Rete di strutture convenzionate, la centrale operativa, la gestione e liquidazione dei sinistri, tenendo per se la sola assunzione del rischio.

R. Oltre a quanto risposto a precedenti quesiti, si specifica che il ricorso al subappalto, per le attività non aventi carattere di natura assicurativa, deve avvenire alle condizioni e limiti indicati nel codice degli appalti pubblici.

Q: Relativamente alla possibilità di cedere in subappalto parte delle attività inerenti la gestione del contratto assicurativo, si chiede conferma se sia ammesso il subappalto per la gestione della raccolta delle adesioni individuali relative alle estensioni di garanzia previste dal piano sanitario. Riteniamo che tale attività rientri nell'ambito del limite previsto del 30% ex art. 118 del Codice degli Appalti Pubblici, in quanto essa viene svolta per un periodo limitato di tempo all'inizio di ogni annualità assicurativa. Riteniamo invece che l'attività di gestione e liquidazione dei sinistri (siano essi di natura rimborsuale o effettuati in strutture convenzionate con pagamento diretto della Compagnia) non possa invece rientrare nell'ambito del limite previsto dalla legge in quanto essa oltre ad essere svolta in via continuativa durante l'operatività del contratto, rappresenta l'essenza del servizio assicurativo prestato agli assicurati. Si chiede conferma della correttezza dell'interpretazione.

R. Si rimanda a quanto risposto al precedente quesito.