

**Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura integrativa delle spese sanitarie
per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri
CIG n. 6640022F7B**

F.A.Q. - RISPOSTE A RICHIESTE DI CHIARIMENTI: N. 3

<u>QUESITI</u>	<u>RISPOSTE</u>
QUESITO 1) Riepilogo delle garanzie delle polizze base per attivi, per dipendenti cessati e in quiescenza ed eventuali familiari del nucleo fiscalmente a carico o del nucleo non fiscalmente a carico cui poteva essere estesa la copertura nelle annualità 2014, 2015 e 2016.	RISPOSTA 1) si fornisce, in allegato 1 alla FAQ 3, il fascicolo informativo riguardante le condizioni di assicurazione dell'attuale polizza.
QUESITO 2) Riepilogo delle garanzie delle polizze aggiuntive per attivi, per dipendenti cessati e in quiescenza ed eventuali i familiari del nucleo fiscalmente a carico o del nucleo non fiscalmente a carico cui poteva essere estesa la copertura nelle annualità 2014, 2015 e 2016.	RISPOSTA 2) vd. Risposta n. 1
QUESITO 3) Riepilogo dei sinistri (numero e importo) suddivisi per polizza suddivisi secondo le categorie descritte ai punti 1 e 2 e per garanzia/tipologia di prestazione relativi alle ultime tre annualità assicurative con le relative garanzie cui fanno riferimento nelle annualità 2014, 2015 e 2016	RISPOSTA 3) Il riepilogo dei sinistri delle ultime tre annualità assicurative è stato fornito con la FAQ n. 1
QUESITO 4) Suddivisione tra coniugi e figli rispetto ai numeri complessivi dei familiari in copertura con l'attuale polizza (sia fiscalmente che non fiscalmente a carico) riportati a pag. 8 del Disciplinare di gara.	RISPOSTA 4) Numero totale dei familiari fiscalmente a carico che hanno aderito alla polizza base: 2.424, di cui 219 coniugi/conviventi <i>more uxorio</i> e 2.205 figli. Numero totale dei familiari fiscalmente non a carico che hanno aderito alla polizza base: 150, di cui 138 coniugi/conviventi <i>more uxorio</i> e 12 figli.
QUESITO 5) numero dei dipendenti in quiescenza e cessati che hanno acquistato la polizza facoltativa e dei relativi familiari fiscalmente non a carico inclusi in copertura per le ultime tre annualità assicurative	RISPOSTA 5) numero dei dipendenti in quiescenza e cessati che hanno acquistato la polizza facoltativa: 0
QUESITO 6) A pag 2 alla definizione di Familiare a carico si legge:	RISPOSTA 6) Il quesito non è oggettivamente chiaro. Oltre al coniuge/

<p>"figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali, nonché il coniuge, compreso il convivente more uxorio e relativi figli conviventi, inseriti nello stato di famiglia del dipendente stesso." Con riferimento "ai discendenti prossimi, anche non naturali" si chiede quali siano i familiari considerati "non prossimi" e quali i familiari non naturali potenzialmente assicurabili.</p>	<p>convivente more uxorio e relativi figli conviventi, sono da considerare familiari fiscalmente a carico del dipendente i parenti in linea retta discendente di 1° grado (cioè i figli, siano essi legittimi o legittimati o naturali o adottivi). Ai sensi dell'art. 433 del codice civile, i "discendenti prossimi" sono i figli dei figli (ovverosia i parenti in linea retta discendente di 2° grado del dipendente) i quali possono essere a loro volta legittimi, legittimati, naturali o adottivi. Ai fini dell'assicurazione/assistenza oggetto della presente procedura di appalto solo in caso di mancanza del figlio è assicurabile il nipote (figlio del figlio mancante) che sia fiscalmente a carico del dipendente. Sono esclusi dunque tutti gli altri familiari (parenti in linea retta discendente oltre il 2° grado, parenti in linea retta ascendente e parenti in linea collaterale) anche se fiscalmente a carico del dipendente.</p>
<p>QUESITO 7) A pag. 3, al fine di offrire il miglior servizio possibile agli Assicurati, si propone di integrare l'articolo "DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NEL PRESENTE CAPITOLATO" con le seguenti voci:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente. - Aborto spontaneo Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno. - Aborto terapeutico Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto. - Centrale Operativa/Struttura organizzativa Struttura della Società costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui 	<p>RISPOSTA 7) Si conferma quanto indicato nel Capitolato tecnico</p>

<p>servizi sanitari da esse erogate.</p> <p>- Documentazione sanitaria</p> <p>Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e le ricevute dei farmaci, laddove previsti).</p> <p>Indennità sostitutiva</p> <p>Garanzia prevista dalle opzioni "Gold" e "Platinum" che prevede l'erogazione di un importo giornaliero in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.</p> <p>Col medesimo fine, si propone altresì di integrare te seguenti voci già previste dal Capitolato, come qui di seguito riportato:</p> <p>Istituto di Cura: Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.</p> <p>Malattia: Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.</p>	
<p>QUESITO 8) Si chiede cortesemente di confermare che gli articoli "ART.1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA" e "ART.3. POLIZZE ED OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE/ ASSISTENZA " possano intendersi operanti a seguito di malattia e/o infortunio manifestatasi e/o occorso durante l'operatività del presente piano sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - indipendentemente da visita medica preliminare; - indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati/assistiti; - salvo le esclusioni previste dal capitolato stesso <p>Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.</p>	<p>RISPOSTA 8) Devono intendersi in copertura anche le conseguenze di malattie e/o infortuni insorti in precedenza rispetto all'operatività del presente piano sanitario. Le restanti condizioni ed esclusioni sono espressamente indicate nel capitolato.</p>
<p>QUESITO 9) A pag. 4 all'Art. 2 "ASSICURATI/ASSISTITI" si legge che</p>	<p>RISPOSTA 9) Tutti i dipendenti in quiescenza dal momento della</p>

<p>sono in copertura anche i dipendenti in quiescenza, Si chiede alla Stazione appaltante da quali pensionati possa essere acquistata la copertura (se ad esempio dai pensionati divenuti tali da almeno 3 anni piuttosto che 5) e quanti siano i potenziali aderenti.</p>	<p>cessazione del rapporto di lavoro per quiescenza fino al compimento del 75° anno di età hanno la facoltà di aderire alla polizza facoltativa per il personale in quiescenza. L'Amministrazione non dispone del dato riguardante il numero esatto dei potenziali aderenti, non avendo più alcun rapporto diretto con tali soggetti. Si possono fornire i dati dei dipendenti che hanno cessato il rapporto di lavoro per quiescenza nel corso degli ultimi tre anni: 2013: n. 43 2014: n. 58 2015: n. 80</p>
<p>QUESITO 10) A pag. 4 all'Art. 2 "ASSICURATI/ASSISTITI" si legge che sono in copertura anche i dipendenti cessati. Si chiede alla Stazione appaltante se tale categoria, con eventuale nucleo familiare a carico e non a carico, possa scegliere di aderire alla polizza facoltativa ed alle eventuali coperture aggiuntive stante il fatto che nel capitolato tecnico non abbiamo riscontrato la presenza di un piano dedicato a tale categoria.</p>	<p>RISPOSTA 10) In caso di cessazione del rapporto di lavoro con l'Amministrazione per cause diverse dalla quiescenza (es. licenziamento di personale dei ruoli oppure cessazione del comando per il personale in posizione di prestito) il dipendente cessato e il suo nucleo familiare fiscalmente a carico rimangono assicurati/assistiti (nella polizza base e in una eventuale polizza aggiuntiva.) esclusivamente fino al compimento della scadenza annuale dell'assicurazione/assistenza. Analoga tempistica per i familiari fiscalmente non a carico del dipendente cessato che abbiano aderito all'inclusione facoltativa nella Polizza base e in una eventuale polizza aggiuntiva.</p>
<p>QUESITO 11) A pag. 6 dentro l'Art. 5 "NETWORK, STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA E MEDICI" si legge: "Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato/assistito può rivolgersi direttamente al "Network" del fornitore/fondo sanitario (assistenza diretta)." Analogamente a pag. 24 al punto C.1.1. "Sinistri in strutture convenzionate con il fornitore/fondo sanitario" si legge: "L'assicurato/assistito dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. L'assicurato/assistito in caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nella struttura sanitaria, la lettera con cui</p>	<p>RISPOSTA 11) No. Non vi è obbligo per l'assicurato/ assistito di contattare la centrale operativa prima dell'ingresso in struttura convenzionata , specie in considerazione di ricoveri che possono anche avvenire in urgenza . Il fornitore dovrà provvedere ad adeguati contatti –organizzazione con le strutture convenzionate tali da garantire i rimborsi alle tariffe di convenzione senza incremento di oneri a carico dell'assicurato /assistito .</p>

<p>si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero, l'assicurato/assistito dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti, Il fornitore/fondo sanitario provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'assicurato/assistito delega il fornitore/fondo sanitario a pagare le strutture/medici convenzionateli a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie della convenzione."</p> <p>Premesso che le prestazioni erogate in regime di convenzione diretta presuppongono l'applicazione di tariffe agevolate a tutto vantaggio dell'Assicurato (anche in termini di minore erosione dei massimali di polizza), qualora l'Assicurato si recasse presso una struttura convenzionata senza il previo contatto con la Centrale Operativa dell'Aggiudicataria si correrebbe il rischio della puntuale applicazione di dette tariffe agevolate. Ciò premesso, al fine di garantire un miglior servizio all'Assicurato si chiede di voler confermare che, sia nell'ambito dei "Sinistri in strutture convenzionate con il fornitore/fondo sanitario" (prestazioni con erogazione diretta) che nell'ambito dei sinistri in regime di prestazione mista (vedi punto C.1.2 a pag. 25), sia essenziale recarsi presso il "Network" solo previo contatto della Centrale Operativa e conferma di avvenuta prenotazione</p>	
<p>QUESITO 12) A pag. 6 al punto 6.1 "Massimali polizza base" si legge: "Nel caso di Inclusione facoltativa nella Polizza base da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio, i massimali verranno aumentati proporzionalmente al numero dei familiari inclusi, come da offerta obbligatoria dell'operatore economico concorrente alla gara non soggetta a valutazione;" ed analogamente all'ultima frase dei punti 6.2, 6.3, 6.4 e 6.5. Si chiede alla Contraente come debba essere interpretato il descritto aumento proporzionale al numero di familiari inclusi esemplificando</p>	<p>RISPOSTA 12) L'operatore economico concorrente alla gara deve obbligatoriamente inserire una offerta (non soggetta a valutazione) riguardante l'inclusione facoltativa nella Polizza base da parte dei familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio. L'aumento dei massimali proporzionalmente al numero dei familiari inclusi fa parte dell'offerta e ogni concorrente può formularlo come meglio crede. Solo ai fini di dare un esempio senza alcun obbligo per i concorrenti, si potrebbe pensare una offerta che fino ad 1 o 2 familiari fiscalmente non a carico inclusi non preveda alcun aumento o preveda un aumento minimo dei</p>

eventualmente un caso.	massimali, da 2 a 3 familiari inclusi preveda un certo tipo di aumento, da 4 a 5 familiari inclusi preveda un altro tipo aumento e via dicendo)
<p>QUESITO 13) Si chiede cortesemente di confermare che tutte le garanzie previste dall'"ART.7. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA BASE" e relativi sub-articoli, facciano capo al medesimo massimale di cui all'articolo "ART6 MASSIMALI" punto 6.1, e che pertanto i massimali previsti dalle singole garanzie possano intendersi come sotto-limiti.</p> <p>La medesima interpretazione verrebbe applicata anche ai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massimali Polizza Facoltativa per il personale in quiescenza di cui al punto 6.2; - Massimali Polizza Aggiuntiva "SILVER", di cui al punto 6.3, in relazione alle prestazioni di cui all'articolo "9.1 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "SILVER"" e relativi sub-articoli; - Massimali Polizza Aggiuntiva "GOLD" di cui al punto 6.4, in relazione alle prestazioni di cui all'articolo "9.2 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "GOLD"" e relativi sub-articoli; - Massimali Polizza Aggiuntiva "PLATINUM" di cui al punto 6.5, in relazione alle prestazioni di cui all'articolo "9.3 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "PLATINUM" e relativi sub-articoli 	<p>RISPOSTA 13) I massimali sono quelli indicati all'art. 6 MASSIMALI punto 6.1 e pertanto i massimali previsti dalle singole garanzie possono intendersi come sotto-limiti, così come anche per i massimali Polizza Facoltativa per il personale in quiescenza di cui al punto 6.2 prestazioni polizza aggiuntiva silver (prestazione di cui all'art. 9.1), Gold di cui al punto 6.4 (art. 9.2), Platinum, prestazione di cui all'art. 6.5 (art. 9.3) e relativi rispettivi sub-articoli.</p>
<p>QUESITO 14) A pag. 8 al punto 7.2 si legge "con l'applicazione dello scoperto del 20% e una franchigia di € 1000,00". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che la franchigia minima a carico dell'assicurato sia pari ad euro 1.000,00 per ogni sinistro. Analogamente tale conferma si intende valida per franchigie riferite al ricovero</p>	<p>RISPOSTA 14) lo scoperto e la franchigia devono intendersi operativi per ogni sinistro. Si conferma la franchigia di 1.000 Euro e lo scoperto del 20% per ogni sinistro con prestazioni in strutture non convenzionate con il fornitore/fondo sanitario.</p>
<p>QUESITO 15) A pag. 8 al punto "Il fornitore/fondo assistenza dovrà inoltre rimborsare" si legge: "le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia, con un rimborso massimo di € 300</p>	<p>RISPOSTA 15) il fornitore/fondo sanitario dovrà rimborsare spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'istituto di cura con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, con esclusione della autovettura privata, per l'uso della quale, si conferma, non è previsto alcun rimborso.</p>

<p>per evento". Si chiede conferma alla Stazione che nel caso di trasporto effettuato con autovettura privata non debba essere riconosciuto alcun rimborso</p>	
<p>QUESITO 16) A pag. 9 alla prima riga si legge: "Nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione non siano presenti strutture sanitarie convenzionate [...]". Si chiede alla Stazione appaltante di fornire l'elenco delle località in cui sono ubicate tali sedi</p>	<p>RISPOSTA 16) Aosta, Cagliari, Caserta, Napoli, Palermo, Torino, Trieste</p>
<p>QUESITO 17) A pag. 10 al punto 7.4 "CURE ONCOLOGICHE" si legge che il rimborso è dovuto per "le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche". Si chiede alla Stazione appaltante di confermare che si faccia riferimento a patologie oncologiche maligne restando escluse invece le spese sostenute per le prestazioni connesse a neoplasie benigne quali ad esempio le spese per l'asportazione dei nei.</p>	<p>RISPOSTA 17) Al punto 7.4 per cure oncologiche si intendono patologie oncologiche maligne.</p>
<p>QUESITO 18) A pag. 10 al punto 7.4 "CURE ONCOLOGICHE" si legge: "Il fornitore/fondo sanitario dovrà rimborsare entro il massimale di € 2.000 anno/nucleo, con scoperto a carico dell'assicurato/assistito pari al 20%, e minimo non rimborsabile di 60 € [...]" ed analogamente per le polizze Silver (Vedi punto 9.1.2 a pag. 12), Gold (vedi punto 9.2.2 a pag. 13) e Platinum (vedi punto 9.3.2 a pag. 16). Si chiede conferma alla Stazione appaltante che sia corretto interpretare il suddetto limite come un minimo di euro 60 per prestazione.</p>	<p>RISPOSTA 18) Per cure oncologiche deve intendersi il massimale di Euro 2000/ nucleo/anno con scoperto a carico dell'assicurato/assistito pari al 20% con minimo non rimborsabile di Euro 60 per prestazione. Analogamente per le polizze Silver (Vedi punto 9.1.2 a pag. 12), Gold (vedi punto 9.2.2 a pag. 13) e Platinum (vedi punto 9.3.2 a pag. 16).</p>
<p>QUESITO 19) A pag. 10 al punto 9.1.1/A "RICOVERI" si legge: "nei limiti del massimale di € 50.000". Si chiede alla Stazione appaltante se tale massimale si intenda prestato per anno/nucleo. Analogamente per il corrispondente massimale indicato a pag. 12 al punto 9.2.1/A dell'opzione Gold e a pag. 14 al punto 9.3.1/A dell'opzione Platinum.</p>	<p>RISPOSTA 19) il massimale deve intendersi prestato per anno/nucleo, analogamente al punto 9.2.1/A e 9.3.1/A per le opzioni rispettivamente gold e platinum.</p>
<p>QUESITO 20) A pag. 10 al punto 9.1.1/A "RICOVERI" si legge: "sono previsti, nei limiti del massimale di € 50.000, comunque non cumulabile con i massimali previsti nell'art. 6.3, i seguenti rimborsi: tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2." Si chiede conferma alla</p>	<p>RISPOSTA 20) Il massimale previsto nella polizza aggiuntiva Silver in misura di 50.000 Euro anno/nucleo è a copertura di : prestazioni specificate al punto 7.1., per ricoveri . In particolare i rimborsi di prestazioni per ricoveri con intervento, ricoveri in day</p>

<p>Stazione appaltante che le spese cui si fa riferimento siano quelle specificate al punto 7.1 "Prestazioni connesse a ricoveri presso strutture sanitarie" a pag. 7 e 8 con i limiti già previsti dove non diversamente espressamente indicato.</p>	<p>hospital, ricoveri senza intervento , tutti per interventi e patologie non indicate negli allegati 1) e 2). Per tali ricoveri,tale massimale comprende: le rette di degenza per il periodo del ricovero; gli onorari dell'equipe operatoria (chirurgo, assistenti, anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (compresi apparecchi protesici, terapeutici ed endoprotesici applicati durante l'intervento); l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali durante il ricovero; gli onorari dei medici e chirurghi, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, nei novanta giorni precedenti il ricovero; gli onorari dei medici e chirurghi, gli accertamenti diagnostici, i medicinali (con prescrizione medica), i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere) nei novanta giorni successivi al ricovero).</p> <p>Alle suddette prestazioni per ricoveri si aggiungono comprese nei rispettivi massimali delle polizze aggiuntive rispettivamente di 50.000 , 60.000..., 80.000 euro :</p> <p>I rimborsi delle altre prestazioni extraricovero previste per Polizza SILVER ; polizza GOLD e Polizza PLATINUM rispettivamente agli art. 9,1 per la Polizza Silver , 9,2 per la polizza Gold, 9,3 della Polizza Platinum.</p> <p>Per sinistri della Polizza base sia sinistri previsti nelle polzette aggiuntive , i rispettivi massimali sono da considerarsi cumulabili</p>
<p>QUESITO 21) A pag. 10 al punto 9.1.1/A "RICOVERI" si legge: "sono previsti, nei limiti del massimale di € 50.000, comunque non cumulabile con i massimali previsti nell'art. 6.3, i seguenti rimborsi: tutti i ricoveri con intervento, i ricoveri in day hospital, i ricoveri senza intervento non previsti negli Allegati 1 e 2." Si chiede conferma alla Stazione appaltante che le spese cui si fa riferimento siano quelle specificate al punto 7.1 "Prestazioni connesse a ricoveri presso strutture sanitarie" a pag. 7 e 8 con i limiti già previsti dove non diversamente espressamente indicato.</p>	<p>RISPOSTA 21) gli interventi ambulatoriali e la laserterapia (sia riabilitativa che oftalmologica) possono essere eseguite anche in regime di ricovero in day-hospital. Analogamente per la polizza gold e platinum.</p>

<p>QUESITO 22) L'articolo "9.1 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "SILVER"" al punto "9.1.1/A RICOVERI" prevede anche il seguente evento: "(...) - parto cesareo/aborto (con un massimo rimborsabile di € 4000,00 / anno/nucleo (...)".</p> <p>Si chiede cortesemente di confermare che l'evento "aborto" possa essere inteso come "aborto spontaneo" in quanto l'aborto terapeutico è già in copertura con il piano Base, poiché fa parte dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici, come da sezione "APPARATO GENITALE FEMMINILE".</p> <p>La medesima interpretazione verrebbe applicata anche all'articolo "9.2.1/A RICOVERI" in relazione alle "9.2 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "GOLD" e all'articolo "9.3.1/A RICOVERI" in relazione alle "9.3 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "PLATINUM"".</p>	<p>RISPOSTA 22)</p> <p>Per "aborto" descritto al punto 9.1.1/A si intende quello spontaneo, volontario o traumatico, essendo quello terapeutico già compreso nella polizza base. In analogia, per le polizze gold e platinum.</p>
<p>QUESITO 23) A pag. 12 al punto 9.2.1/A "RICOVERI" nella sezione "Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà inoltre rimborsare: le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici" non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia": si chiede conferma alla Stazione appaltante se il limite massimo di rimborso previsto per tale garanzia sia pari a € 500 per evento.</p> <p>Analogamente, per il piano Platinum, si chiede conferma se il massimale previsto sia pari a € 800 per evento</p>	<p>RISPOSTA 23)</p> <p>Si conferma che il limite massimo di rimborso previsto per tale garanzia sia pari a Euro 500 per evento, analogamente per il piano platinum che prevede un massimale di Euro 800.</p>
<p>QUESITO 24) A pag. 13 punto 9.2.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese per le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1.000,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 25% a carico dell'assistito". Si chiede conferma che tale scoperto sia da applicare solo in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il Fornitore. Si chiede inoltre se la franchigia di € 60 per ogni visita prevista in caso di utilizzo di strutture convenzionate debba essere</p>	<p>RISPOSTA 24)</p> <p>Si conferma che lo scoperto del 25% è da applicare solo in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario.</p> <p>La franchigia di 60 Euro è prevista sia in caso di utilizzo di strutture convenzionate, sia in caso di utilizzo di strutture non convenzionate.</p>

<p>applicata anche nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate, questo per evitare che quest'ultima modalità di fruizione della copertura possa essere in alcuni casi più vantaggiosa rispetto all'utilizzo delle strutture convenzionate (es. visita specialistica del costo di 100 euro in struttura non convenzionata e di 80 euro nel caso di struttura convenzionata. In assenza di minimo non indennizzabile in fuori rete, il rimborso da corrispondere all'assicurato ammonterebbe a 75 euro (25 euro resterebbero a suo carico). Nel caso di utilizzo di struttura convenzionata 20 euro verrebbero pagati dal Fornitore/Fondo, mentre i restanti 60 resterebbero a carico dell'assicurato).</p>	
<p>QUESITO 25) A pag. 13 punto 9.2.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" si legge: "Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale medico specialista convenzionato con il Fornitore/Fondo sanitario, le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dal Fornitore/Fondo sanitario alle strutture medesime con applicazione di una franchigia di € 60,00 per ogni visita specialistica." Poiché nel piano Silver alla corrispondente garanzia presentata a pag. 11, punto 9.1.1/B è prevista una franchigia di € 50 per ogni visita, si chiede conferma che sia intenzionale sul piano Gold prevedere una franchigia più elevata.</p>	<p>RISPOSTA 25) Si conferma che la franchigia più elevata nella polizza Gold è intenzionale.</p>
<p>QUESITO 26) A pag. 14 al punto 9.2.3 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici laser, esclusivamente a fini riabilitativi, [...]". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che con "trattamenti fisioterapici laser, esclusivamente a fini riabilitativi" si intenda far riferimento ai trattamenti di laserterapia a scopo riabilitativo, Analogamente varrà per la garanzia al punto 9.3.3 del piano Platinum.</p>	<p>RISPOSTA 26) la dizione " trattamenti fisioterapici laser esclusivamente a fini riabilitativi" è sinonimo di "trattamenti di laserterapia a scopo riabilitativo". Lo stesso dicasi per analoga nomenclatura nel piano Platinum.</p>
<p>QUESITO 27) A pag. 14 al punto 9.2.3 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI" si legge: "Le prestazioni saranno erogate in regime di</p>	<p>RISPOSTA 27) la dizione " trattamenti fisioterapici laser esclusivamente a fini riabilitativi"</p>

convenzione direttamente alla struttura, o rimborsuale per strutture sanitarie non convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario, in ambedue i casi con il 35% di scoperto e € 100,00 almeno di franchigia „[...]“ ed analogamente a pag. 16 al punto 9.3.3 Le prestazioni saranno erogate in regime di convenzione direttamente alla struttura, o rimborsuale per strutture sanitarie non convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario, in ambedue i casi con il 30% di scoperto e € 100,00 almeno di franchigia, [...]”.

Si chiede conferma alla Stazione appaltante che la franchigia minima considerata in entrambi i casi di euro 100 sia da considerarsi per ciclo di terapia.

Inoltre, non essendo la presente una garanzia dell'area ricovero, si chiede conferma che la parte riportata in calce alla presente garanzia "il Fornitore/Fondo sanitario dovrà inoltre rimborsare:

le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia;

il viaggio di un familiare per il raggiungimento del luogo di ricovero dell'assicurato/assistito se proveniente da un comune diverso da quello di ricovero dell'assicurato/assistito, (rimborso del treno classe prima entro le 6 ore di percorrenza, in treno classe prima o aereo classe economica oltre le 6 ore di percorrenza in treno);

le spese di trasporto in ambulanza, in caso di ricovero all'estero, dalla residenza temporanea alla struttura nosocomiale, con un rimborso massimo di € 300,00 per evento;

nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione non siano presenti strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario ovvero nei casi in cui, per la presenza di una lista di attesa, la struttura non possa effettuare un ricovero urgente, verranno rimborsate agli assicurati/assistiti le spese per il trasporto ferroviario, andata e ritorno in 1" classe, dal luogo di residenza al capoluogo di provincia in cui sono presenti strutture sanitarie convenzionate. Per gli assicurati/assistiti della

è sinonimo di “trattamenti di laserterapia a scopo riabilitativo”. Lo stesso dicasi per analogo nomenclatura nel piano Platinum.

Sia scoperto che franchigia per i trattamenti fisioterapici riabilitativi devono intendersi per ciclo di terapia.

La franchigia è di Euro 100 per ciclo di terapia sia al punto 9.2.3, sia al punto 9.3.3.

A pag. 14, la parte riportata in calce: “le spese di trasporto....il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente” è un refuso da eliminare.

<p>Sicilia e della Sardegna, il rimborso riguarderà anche il trasporto aereo o navale, da e per il continente." sia da ritenersi un refuso da eliminare</p>	
<p>QUESITO 28) A pag. 15, si legge: "Inoltre è prevista garanzia per: - [...] - Patologie psichiatriche in fase acuta limitatamente al primo episodio fino ad un massimo di 30 giorni" Si chiede conferma alla Stazione appaltante che si intenda coprire le spese per ricoveri dovuti alle patologie psichiatriche con i limiti indicati per ogni anno e nucleo assicurato.</p>	<p>RISPOSTA 28) A pag. 15, per le spese relative alle patologie psichiatriche in fase acuta limitatamente al primo episodio fino ad un massimo di 30 giorni/anno /nucleo per tutte le prestazioni previste dalla polizza aggiuntiva in regime di ricovero e/o extraricovero .</p>
<p>QUESITO 29) A pag. 16 alla garanzia 9.3.4 "MEDICINALI" si chiede conferma alla Stazione appaltante che, qualora il farmaco sia mutuabile ma prescritto su ricettario personale del medico, si intenderà valido il massimale dovuto per farmaci mutuabili. Inoltre, si chiede conferma che tale massimale sia un sottomassimale di quello indicato per medicinali non mutuabili. Si chiede altresì conferma alla Stazione appaltante che siano da ritenere non in copertura i farmaci omeopatici.</p>	<p>RISPOSTA 29) Se il farmaco è mutuabile, ma prescritto dal medico sul ricettario personale, si intenderà valido il massimale dovuto per farmaci mutuabili. Il massimale previsto per i farmaci non mutuabili è distinto da quello previsto per i farmaci mutuabili ed è distinto da quest'ultimo. I farmaci omeopatici non sono previsti nel capitolato.</p>
<p>QUESITO 30) A pag. 17 al punto 9.3.6 "ALTRI SERVIZI" si chiede di fornire un servizio di assistenza 24/24. Si chiede alla Stazione appaltante di confermare che per poter fornire questo servizio sia necessaria l'abilitazione al ramo assistenza.</p>	<p>RISPOSTA 30) Il servizio 24/24 non è espressamente richiesto. Può essere proposto previo possesso dei requisiti di legge.</p>
<p>QUESITO 31) A pag. 17 al punto 9.3.7 "CHECK UP PREVENTIVI" si legge: "Il fornitore/fondo sanitario provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di prevenzione effettuate, una volta l'anno entro 7 giorni, dall'assicurato/assistito o nucleo fiscalmente a carico e una volta l'anno entro 7 giorni, da ogni familiare fiscalmente non a carico incluso nella Polizza PLATINUM, in strutture sanitarie convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario". Si chiede alla Stazione appaltante cosa intenda con una volta l'anno entro 7 giorni. Si intende far riferimento al fatto che la garanzia possa essere richiesta entro 7 giorni dall'attivazione della copertura?</p>	<p>RISPOSTA 31) Check up preventivi entro 7 giorni: si vuole intendere che i vari esami che compongono il protocollo sanitario devono essere eseguiti tutti entro 7 giorni consecutivi (ad esempio: Visita cardiologica, esami ematochimici ecc. possono essere eseguiti in giorni diversi, ma non distribuiti nell'anno, bensì nell'arco di 7 gg).</p>
<p>QUESITO 32) Sempre in riferimento al punto 9.3.7 "CHECK UP PREVENTIVI", si chiede di confermare che con la prestazione "visita</p>	<p>RISPOSTA 32) Per visita cardiologica + ecg si vuole intendere "visita cardiologica +</p>

cardiologica + Ecg" prevista sia per gli uomini che per le donne, si intenda "visita cardiologica + elettrocardiogramma di base".	elettrocardiogramma di base".
<p>QUESITO 33) A pag. 18, si ritiene che la garanzia "9.3.8 CURE DENTALI DA INFORTUNIO", possa intendersi operante per le prestazioni extra-ospedaliere rese necessarie da infortunio previa la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso emesso durante l'operatività del presente piano, con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso. Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.</p>	<p>RISPOSTA 33) La garanzia per le cure dentarie da infortunio si intende operante per le prestazioni professionali rese necessarie da infortunio avvenuto durante l'operatività del presente piano, previa presentazione di un certificato di pronto soccorso di una struttura pubblica o di una struttura o professionista privati, con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso.</p>
<p>QUESITO 34) A pag. 22 all'Art. 17 "MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA "POLIZZA BASE" all'ultimo comma si legge: in ogni caso il fornitore/fondo sanitario non potrà pretendere per ogni annualità assicurativa pagamenti da parte dell'Amministrazione Contraente oltre l'importo annuo a base d'asta dell'appalto così come previsto nel disciplinare di gara," Poiché il rapporto che si instaura tra le parti deve necessariamente prevedere la corrispondenza tra il corrispettivo pagato e il rischio effettivamente assunto, che dipende dal numero di persone effettivamente coperte, non pare ragionevole commisurare il premio a misura fissa nel caso di un eventuale e certamente possibile incremento significativo di persone assicurate (ad esempio come conseguenza di un accorpamento di strutture e/o funzioni deciso dal Governo o altra Autorità). Conseguentemente a fronte di un premio massimo pari alla base d'asta, come già previsto in altri bandi analoghi, si propone di fissare un tetto massimo di adesioni aggiuntive rispetto al limite di 3.115 persone che non comporti alcun pagamento di un premio aggiuntivo per la Stazione Appaltante, fermo restando che in caso di superamento della soglia di adesione il premio dovuto al Fornitore dovrà essere proporzionalmente corrisposto sulla base delle teste effettivamente assicurate. Si propone di fissare tale soglia nel limite del 3% del numero di Assicurati oggi definito pari a 3115.</p>	<p>RISPOSTA 34) Si conferma quanto indicato nel Capitolato tecnico</p>
<p>QUESITO 35) A pag. 23 punto A.2 "DURATA</p>	<p>RISPOSTA 35) Il punto A.2 "DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA" a</p>

<p>DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA" nella specifica del calcolo di verifica del rapporto tecnico si fa riferimento all'esercizio 2016. Poiché la prima annualità ha effetto 01/07/16 e scadenza 30/06/18 si ritiene più corretto far riferimento alla prima annualità di polizza anziché all'esercizio 2016.</p>	<p>pag. 23, per quanto riguarda la verifica del rapporto tecnico espressamente dice che <i>“due mesi prima della scadenza della seconda annualità verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri ed i contributi di competenza dell’anno nel modo che segue”</i>. Nello specifico la prima annualità di polizza ha effetto 01/07/2016 con scadenza 30/06/2017. La seconda annualità ha effetto 01/07/2017 con scadenza 30/06/2018. Per esercizio 2016 si intende pertanto la prima annualità di polizza.</p>
<p>QUESITO 36) A pag. 23 al fine di prevenire ed evitare contenziosi legati all'effettuazione di "ricoveri impropri" rispetto agli elenchi forniti dalla Stazione appaltante, si chiede conferma alla stessa di poter integrare l'elenco del punto B.2 "ESCLUSIONI DALLA COPERTURA" con i seguenti punti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio - i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. - Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento. 	<p>RISPOSTA 36) Si confermano solo le esclusioni come previste espressamente nel capitolato.</p>
<p>QUESITO 37) All'articolo "B.2 ESCLUSIONI DALLA COPERTURA", previsto alla sezione "B - LIMITAZIONI", si legge: "Rimangono escluse dall'assicurazione/assistenza le spese sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi per la cura di patologie avvenuti durante l'operatività del contratto); - le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo gli interventi di odontoiatria resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); (...) 	<p>RISPOSTA 37) Si precisa che per la polizza base gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva sono inclusi solo nei seguenti casi</p> <ul style="list-style-type: none"> • se resi necessari da infortuni accaduti durante l'operatività del contratto • se conseguenti ad interventi demolitivi eseguiti durante l'operatività del contratto compresi tra quelli elencati nell'Allegato 1

<p>Si chiede cortesemente di confermare che nel caso in cui l'assicurato abbia aderito solo alla "Polizza base" gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva e/o gli interventi di odontoiatria resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto, siano quelli rientranti nell'elenco dei grandi interventi chirurgici di cui all'allegato 1.</p> <p>La medesima interpretazione verrebbe applicata anche alla Polizza facoltativa per il personale in quiescenza.</p>	
<p>QUESITO 38) Con riferimento agli articoli "C.1.2 SINISTRI IN REGIME DI PRESTAZIONE MISTA" e "C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" si chiedono le seguenti conferme interpretative</p> <ul style="list-style-type: none"> - per qualsiasi evento reso necessario da infortunio, sarà necessario inoltrare anche copia del Certificato di Pronto Soccorso emesso durante l'operatività del presente piano, con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso. - la richiesta di rimborso: <ul style="list-style-type: none"> -- delle spese sostenute a seguito di un intervento chirurgico ambulatoriale -- delle prestazioni precedenti e successive al ricovero intervento chirurgico ambulatoriale -- dell'indennità sostitutiva <p>sarà effettuabile qualora l'Assicurato abbia sottoscritto l'opzione/le opzioni facoltative che prevedono tali prestazioni/garanzie.</p>	<p>RISPOSTA 38)</p> <p>Per i rimborsi citati nel quesito l'assicurato / assistito deve produrre esclusivamente la documentazione espressamente citata agli articoli C.1.2 e C.1.3.</p> <p>Inoltre si chiarisce che la richiesta di rimborso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -- delle spese sostenute a seguito di un intervento chirurgico ambulatoriale -- delle prestazioni precedenti e successive al ricovero per intervento chirurgico ambulatoriale -- dell'indennità sostitutiva <p>sarà effettuabile qualora l'Assicurato abbia sottoscritto l'opzione/le opzioni facoltative che prevedono tali prestazioni/garanzie.</p>
<p>QUESITO 39) A pag. 30, nell'elenco dei Grandi Interventi alla Sezione CUTE E ANNESSI CUTANEI si legge "Patologie neoplastiche cutanee". Si chiede conferma che rientrino in copertura nella presente garanzia le sole patologie neoplastiche cutanee maligne, restando escluse invece le prestazioni connesse a neoplasie benigne quale, ad esempio, l'asportazione dei nei.</p>	<p>RISPOSTA 39)</p> <p>Per patologie neoplastiche cutanee devono intendersi unicamente quelle maligne.</p> <p>In merito alla procedura: poiché l'importo delle prestazioni (chirurgica, istologica e correlate) sarà corrisposto dall'assicurato/assistito solo in caso di caratteristiche di benignità dimostrate dall'esame istologico stesso, le spese in strutture convenzionate non sono richieste all'assicurato/assistito per il pagamento dovuto per l'asportazione di nevi, fino all'acquisizione dell'esame istologico .</p>

<p>QUESITO 40) A pag. 32, nell'elenco delle Gravi malattie, si chiede alla Stazione appaltante di specificare l'evento 'Addome acuto'.</p>	<p>RISPOSTA 40) L'addome acuto è un quadro clinico ad insorgenza rapida, improvvisa e violenta, il cui sintomo predominante è rappresentato dal dolore addominale, localizzato in un punto o diffuso. In ogni caso, la gravità e l'intensità della sintomatologia è tale da suggerire la possibile necessità di un intervento chirurgico o di terapie urgenti indifferibili .</p>
<p>QUESITO 41) A pag. 8 del Disciplinare di gara si leggono i seguenti dati: "numero dei dipendenti P.C.M. in servizio 3115, numero aderenti alla attuale polizza base 2825." Nel Capitolato tecnico, nelle Definizioni di pag. 2 alla definizione di Polizza base si legge: "assicurazione/assistenza base dedicata al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/contributo interamente a carico dell'Amministrazione contraente." Si chiede quale siano, se note alla stazione appaltante, le ragioni per cui non tutti i dipendenti aderiscano in realtà alla copertura assicurativa della polizza base dal momento che il pagamento del premio non è a carico del dipendente per sé e nucleo fiscalmente a carico.</p>	<p>RISPOSTA 41) Nonostante che il pagamento del premio per la Polizza base sia interamente a carico dell'Amministrazione, l'adesione dei dipendenti rimane su base facoltativa. Una percentuale di dipendenti, seppur minima, non ha aderito alla Polizza base attuale. Le motivazioni di questo fenomeno potrebbero essere reperite tra le più varie (es. protesta nei confronti dell'Amministrazione oppure perché il soggetto ha già una copertura sanitaria privata più vantaggiosa). In ogni caso tali motivazioni non sono note all'Amministrazione.</p>