

Alle società interessate

Roma, 26/03/2024

Prot. n. 2024/1777276

Oggetto: Procedura aperta per l'affidamento dei servizi inerenti alla gestione e all'assunzione della contraenza di una copertura assicurativa sanitaria a favore dei dipendenti di Agenzia delle entrate – Riscossione - CIG B0500BA53A. Risposte alle richieste di chiarimento ex art. 88, comma 3 del D.lgs. 36/2023.

AVVISO N. 2

Si forniscono, le risposte alle richieste di chiarimento pervenute entro la scadenza delle ore 23.59 del 20 marzo 2024.

Domanda 1

1) Con riferimento a pagina 9 del Disciplinare, si chiede cortese conferma che il contributo annuale posto a base della procedura per ciascun dipendente pari a € 1.500,00 sia comprensivo della quota di adesione alla Cassa di assistenza

Risposta

Si conferma

Domanda 2

Con riferimento a pagina 14 del Capitolato, art. A6 "Franchigie e scoperti", si chiede conferma che i valori indicati come "massimo" siano da intendersi come massimi non indennizzabili.

Risposta

L'importo indicato come "massimo" rappresenta la massima quota di spesa che resta a carico dell'assicurato/assistito.

Domanda 3

Con riferimento alla griglia di offerta tecnica riportata nel disciplinare a pag. 32, al criterio 7 è prevista la possibilità di offrire un massimale più alto rispetto al base d'asta per: "Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione in rete e fuori rete". Nel modello di offerta tecnica, al criterio 7 si legge però: "7. Art. 2.3 del C.T. - Sezione B – B1 - Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione in rete". Si chiede conferma che il criterio 7 preveda la possibilità di offrire un massimale più alto rispetto al base d'asta solo in rete

Risposta

Trattasi di refuso.

Il punto 7 dell'offerta tecnica deve intendersi relativo al massimale della garanzia B1) sia per le prestazioni in rete che per le prestazioni fuori rete.

Contestualmente alla pubblicazione dei presenti chiarimenti, si provvede a pubblicare il file "Allegato 2 al Disciplinare Schema di Offerta Tecnica" in formato word, emendato dell'indicato refuso.

Domanda 4

Per una migliore valutazione del rischio, si richiede la numerosità dei familiari non fiscalmente a carico che hanno aderito al piano nelle ultime annualità assicurative, suddivisi per fascia d'età. Se possibile, si richiede lo stesso dato in previsione dei periodi agosto 2024 – luglio 2025 e agosto 2025 – luglio 2026. Quest'ultima richiesta si rende necessaria per interpretare il conteggio alla tabella a pagina 10 del Disciplinare, in cui vengono dichiarati il numero di assistiti non a carico di AdeR: 2.402 assistiti per il periodo agosto 2024 – luglio 2025 e 2.491 assistiti per il periodo agosto 2025 – luglio 2026. Se si moltiplica infatti il valore medio del contributo pari a € 1.080 per questo numero di assistiti, non si ottiene l'importo di € 5.186.745,00, bensì di € 5.284.440,00

Risposta

Con riferimento ai dati richiesti, si rinvia all'allegato n.1

Con riferimento al contributo medio dei familiari non a carico trattasi di refuso. Il valore medio è di 1.060,00€ e non di 1.080,00€.

Domanda 5

Con riferimento a pagina 15 del Capitolato, art. A6 "Franchigie e scoperti", si legge: "Qualora l'assistito si rivolga ad un Centro convenzionato ma si avvalga di equipe medico/chirurgiche non convenzionate (cd. Regime misto) o viceversa, sarà

applicato lo scoperto previsto per i ricoveri fuori rete, fermi restando i massimali contrattualmente previsti per l'assistenza indiretta.". Si chiede conferma che l'intera frase sopra riportata sia un refuso in quanto il regime misto è previsto solo se offerto in sede di offerta tecnica (al criterio 2 "Schema di offerta tecnica" è scritto "In C.T. il Regime misto non è previsto") e tale regime viene già regolamentato dalle successive frasi dell'art. A6:

- "Nel caso in cui il Fornitore avesse offerto in sede di Offerta Tecnica il c.d. Regime Misto, verrà attivata l'assistenza diretta per la parte Convenzionata, con le previsioni di cui al punto a), e, per la parte fuori Convenzione, con le previsioni di cui al punto b)."

- "Nel caso in cui il Fornitore avesse offerto in sede di Offerta Tecnica il c.d. Regime Misto, verrà attivata l'assistenza diretta per la parte Convenzionata, con le previsioni di cui al punto c), e, per la parte fuori Convenzione, con le previsioni di cui al punto d)."

Risposta

L'intera frase riportata nel primo capoverso è corretta, in quanto sottende appunto l'esclusione del "Regime misto", che potrà essere compreso a seguito di selezione dell'opzione nell'offerta tecnica.

Per maggiore chiarezza, si precisa che, il ricorso a centri convenzionati, in cui operino equipe non convenzionate (e viceversa), è ammesso. Tuttavia, nel caso in cui il "regime misto" non sia oggetto di offerta tecnica, la fattispecie in esame verrà gestita per intero con le regole dell'"assistenza indiretta".

Domanda 6

Con riferimento alle prestazioni previste nel Capitolato agli artt. B1 "Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione" e B2 "Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali", si chiede cortese conferma che i limiti di scoperti e franchigie si applichino per prestazione o ciclo. In caso di risposta negativa, si chiede cortesemente di indicare come devono essere applicati i singoli limiti previsti

Risposta

Si rinvia alla risposta alla domanda n. 20 dell'Avviso n.1 prot. n. 2024/1712269.

Domanda 7

Con riferimento alle prestazioni previste nel Capitolato all'art. B1 "Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione" e all'art. B2 "Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali", si

chiede cortese conferma per “franchigia minima” si intenda il minimo importo che rimane a carico dell'assicurato

Risposta

Si conferma.

Domanda 8

Con riferimento alle prestazioni previste nel Capitolato all'art. C1 “Spese per protesi anatomiche ortopediche, apparecchi acustici (garanzia valida solo se accettata dal concorrente nella scheda tecnica)”, si chiede cortese conferma che scoperto e minimo si applichino per fattura/persona. In caso di risposta negativa, si chiede cortesemente di indicare come devono essere applicati.

Risposta

Lo scoperto e il minimo si applicano per sinistro. Vedasi sul punto, anche il chiarimento n. 20 dell'Avviso 1 prot. n. 2024/1712269.

Domanda 9

Con riferimento alle prestazioni previste nel Capitolato all'art. B1 “Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione” si chiede cortese conferma che l'endoscopia sia prevista da questa garanzia ai soli fini diagnostici.

Risposta

Si conferma

Domanda 10

Con riferimento alle prestazioni previste nel Capitolato all'art. B1 “Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione” si chiede cortese conferma che le prestazioni di chemioterapia, cobaltoterapia, dialisi, radioterapia compreso cobalto terapia siano previste da questa garanzia solo quando eseguite in regime ambulatoriale.

Risposta

Si conferma.

Domanda 11

Relativamente alla garanzia C2 “Rimborso Ticket SSN” a pagina 18 del Capitolato, si chiede conferma che sia previsto il rimborso al 100% dei ticket relativi alle prestazioni coperte dal piano in oggetto, entro i massimali delle rispettive garanzie.

Risposta

Si conferma

Domanda 12

A pagina 17 del Capitolato, all'art. B4 "Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica (garanzia valida solo se presentata dal concorrente in sede di offerta tecnica)", si legge: "È inoltre previsto, senza applicazione di scoperti e franchigie, il riconoscimento, una volta all'anno e per ciascuna persona assicurata, di una seduta di igiene orale e visita di prima valutazione effettuata in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione.". Si chiede conferma che tali prestazioni rientrino nel massimale offerto per la garanzia "Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica (garanzia valida solo se presentata dal concorrente in sede di offerta tecnica)".

Risposta

Si nega. Si rinvia alla risposta al quesito n. 30 dell'Avviso 1 prot. n. 2024/1712269.

Domanda 13

A pagina 17 del Capitolato, relativamente all'art. B5 "Pacchetto prevenzione odontoiatrica (garanzia valida solo se presentata dal concorrente in sede di offerta tecnica)", si chiede conferma che il pacchetto a), che comprende "Prima visita odontoiatrica, Ablazione tartaro, Fluoroprofilassi, Ortopantomografia o radiografia endorale, se ritenuto necessario dal medico in sede di visita", sia erogabile una volta l'anno.

Risposta

Si conferma. Si veda anche il Chiarimento n. 31 dell'Avviso 1 prot. n. 2024/1712269.

Domanda 14

Per non incorrere in contenziosi, si chiede di poter integrare l'articolo 3.3 "Esclusioni" a pagina 19 del Capitolato con la seguente esclusione: "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."

Risposta

Si rappresenta che non è possibile modificare la *lex specialis*.

Domanda 15

Per non incorrere in contenziosi, si chiede di poter integrare l'articolo 3.3 "Esclusioni" a pagina 19 del Capitolato con la seguente esclusione: "Tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico, fatta eccezione per quanto previsto alle garanzie B3) "Cure dentarie da infortunio", B4) "Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica (garanzia valida solo se presentata dal concorrente in sede di offerta tecnica)", B5) "Pacchetto prevenzione odontoiatrica (garanzia valida solo se presentata dal concorrente in sede di offerta tecnica)"

Risposta

Fermo restando che non è possibile modificare la lex specialis, il capitolato prestazionale disciplina le modalità e le condizioni alle quali sono riconoscibili le prestazioni menzionate.

Domanda 16

A pagina 12 del Capitolato, art. A2 "Gravidanza e parto cesareo o naturale", si legge: "Le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) vengono riconosciute sempre al 100% senza il limite cronologico dei 100 giorni prima del ricovero per parto e senza l'applicazione delle franchigie e scoperti previste al di fuori del circuito sanitario convenzionato". Si chiede se tali spese rientrino nei massimali previsti all'art. A2 "Gravidanza e parto cesareo o naturale" oppure nei massimali previsti agli artt. B1 "Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione" e B2 "Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali" a seconda delle prestazioni fruite.

Risposta

I massimali previsti all'articolo A2) di pagina 12 del Capitolato prestazionale sono riferiti all'evento parto.

Domanda 17

In riferimento all'indennità sostitutiva di cui ai punti A1) "Ricovero con intervento chirurgico", Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio, A4) Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico, per una corretta erogazione della prestazione, si chiede cortese conferma che l'indennità sostitutiva sia corrisposta dalla Società nei soli casi di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso, come ad esempio ticket sanitari o spese per trattamento alberghiero

Risposta

Si conferma.

Domanda 18

Con riferimento al ricovero ospedaliero, si chiede conferma che il ricovero debba essere documentato da una Cartella clinica completa SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Risposta

Si conferma.

Domanda 19

Si chiede conferma che relativamente all' Art A6 "franchigie e scoperti", per evento debba intendersi il singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale comprensivo delle prestazioni ad esso correlate.

Risposta

Si conferma, rimandando anche al Chiarimento n. 20 dell'Avviso 1 prot. n. 2024/1712269.

Domanda 20

In riferimento al capitolato di gara, punto A1 Ricovero con intervento chirurgico", Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio al punto 4 si legge spese per gli onorari di tutti i componenti l'equipe chirurgica - quali determinati dal 1° operatore in base alla buona prassi medica. Si chiede conferma che i componenti dell'equipe chirurgica debbano risultare da referto operatorio.

Risposta

Si conferma.

Domanda 21

Sezione A: area ricovero del Capitolato, punto A5 "Aumento massimali per gravi patologie" lettera c si chiede conferma che tutti i trattamenti, medicinali e mezzi di cura forniti dalla ricerca scientifica siano contemplati da protocolli di cura riconosciuti dalla medicina ufficiale.

Risposta

Si conferma.

Domanda 22

SEZIONE B Prestazioni ambulatoriali e domiciliari. Con riferimento ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi determinati da infortunio certificato da pronto soccorso entro sette giorni dall'evento, si chiede conferma che debbano essere effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Risposta

Si conferma.

Domanda 23

Con riferimento a quanto riportato alla pag. 11, paragrafo 3 del Disciplinare di Gara, laddove si legge: "Il CCNL applicabile al personale impiegato nell'appalto per l'esecuzione dei servizi – ai sensi dell'art. 11, comma 2, del D.lgs. n. 36 del 2023 – è quello depositato presso il CNEL, J121 - ASSICURAZIONI: Dipendenti (ANIA) sottoscritto il 16/11/2022 da ANIA, FIRST CISL, FISAC CGIL, FNA, SNFIA e UILCA recante la disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle società di assicurazione. I Fondi dovranno applicare il CCNL stipulato dalle associazioni dei datori e dei prestatori di lavoro comparativamente più rappresentative sul piano nazionale nello specifico settore merceologico in seno al quale è stata costituita la medesima Cassa.", si chiede conferma che il CCNL Ania (Codice CNEL J121), sarà applicato al personale dipendente impiegato nell'appalto dalla Compagnia assicuratrice, con la quale verrà stipulata la polizza per la copertura oggetto dell'appalto a norma dell'art. 9, pag. 18 del Disciplinare, in quanto la Cassa di Assistenza, legata a tale Compagnia da stretti rapporti di collaborazione anche in virtù delle proprie disposizioni statutarie, non applica alcun CCNL non possedendo personale dipendente in ragione della sua natura di associazione priva di scopo lucrativo avente esclusivamente fine assistenziale a norma dell'art. 51 del T.U.I.R.

Risposta

Si conferma.

Il Responsabile del progetto
Raffaele Visconti
(firmato digitalmente)

Allegati:

1. Tabella distribuzione popolazione per fasce d'età.

Familiari dei dipendenti

Età	Fiscalmente		Totale Gen.
	a carico	non a carico	
0 - 10	1.231	8	1.239
10 - 20	3.284	17	3.301
21 - 30	2.499	497	2.996
31 - 40	88	370	458
41 - 50	247	536	783
51 - 55	307	538	845
56 - 60	275	450	725
61 - 65	104	245	349
66 - 70	12	65	77
71 - 75	0	22	22
Totale	8.047	2.748	10.795

Familiari dei pensionati

Età	Fiscalmente		Totale Gen.
	a carico	non a carico	
10 - 20	0	4	4
21 - 30	5	17	22
31 - 40	1	4	5
41 - 50	0	1	1
51 - 55	0	2	2
56 - 60	0	13	13
61 - 65	7	49	56
66 - 70	2	66	68
71 - 75	1	25	26
Totale	16	181	197

Familiari dei dipendenti

	Fiscalmente		
Età	a carico	non a carico	Totale Gen.
0 - 10	1.171	16	1.187
10 - 20	3.302	24	3.326
21 - 30	2.613	546	3.159
31 - 40	86	370	456
41 - 50	234	497	731
51 - 55	299	527	826
56 - 60	312	500	812
61 - 65	114	260	374
66 - 70	17	85	102
71 - 75	1	26	27
Totale	8.149	2.851	11.000

Familiari dei Pensionati

	Fiscalmente		
Età	a carico	non a carico	Totale Gen.
10 - 20	1	5	6
21 - 30	8	31	39
31 - 40	0	5	5
41 - 50	0	2	2
51 - 55	0	3	3
56 - 60	1	19	20
61 - 65	9	65	74
66 - 70	4	76	80
71 - 75	1	34	35
Totale	24	240	264

Familiari dei dipendenti

Età	Fiscalmente		Totale Gen.
	a carico	non a carico	
0 - 10	989	10	999
10 - 20	3.051	28	3.079
21 - 30	2.496	543	3.039
31 - 40	102	336	438
41 - 50	185	455	640
51 - 55	256	478	734
56 - 60	314	506	820
61 - 65	144	307	451
66 - 70	29	103	132
71 - 75	2	25	27
Totale	7.568	2.791	10.359

Familiari dei Pensionati

Età	Fiscalmente		Totale Gen.
	a carico	non a carico	
10 - 20	1	4	5
21 - 30	8	31	39
31 - 40	3	3	6
41 - 50	0	2	2
51 - 55	0	2	2
56 - 60	5	11	16
61 - 65	8	67	75
66 - 70	8	79	87
71 - 75	1	50	51
Totale	34	249	283

NB.1) Nel periodo 2018 - 2024 i figli fiscalmente a carico erano inclusi nella copertura sanitaria del dipendente fino al compimento del 30esimo anno di età.

L'attuale procedura di gara prevede che i figli a carico siano inclusi nella copertura dei dipendenti solo fino al compimento del 26esimo anno d'età.

NB. 2) Per il personale in quiescenza l'attuale procedura di gara non prevede la possibilità di assicurare i familiari non fiscalmente a carico.

