

CHIARIMENTI

eGPA AGA 3/2022 Affidamento del servizio avente ad oggetto il piano di assistenza sanitaria integrativa per il personale dipendente delle Società del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane – CIG 9272954BB5

Con riferimento alla procedura in oggetto si riscontrano le seguenti richieste di chiarimenti ritenute di interesse generale.

1. Domanda:

Con la presente siamo a chiedervi la situazione dei sinistri pregressi.

Risposta

Si rimanda all'Allegato 10 "Relazione sul contesto di riferimento".

2. Domanda:

Relativamente alla statistica sinistri fornita nella "Relazione sul contesto di riferimento", si chiede di indicare:

- data di aggiornamento dei sinistri riportati;
- per ciascuna garanzia, numero e importo dei sinistri riservati e numero dei sinistri senza seguito;
- conferma che contenga anche i sinistri generati dalle adesioni dei nuclei familiari;
- per la garanzia "Sostegno al reddito per il personale inidoneo" la suddivisione del numero di sostegni liquidati a personale adibito ad attività di sicurezza e personale non adibito ad attività di sicurezza.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

2.a. si conferma che, come riportato nell'Allegato 10 "Relazione sul contesto di riferimento", le statistiche relative ai danni e ai relativi costi sono riferite al periodo 1° luglio 2020 – 31 dicembre 2021;

2.b. i report in possesso della Committenza permettono di estrarre unicamente l'importo riservato; ad integrazione delle tabelle riportate nell'Allegato 10 "Relazione sul contesto di riferimento", si rimanda all'Allegato 1 "Risposta 2.b. alla Domanda n.2";

2.c. si conferma che le statistiche contengono anche le adesioni dei nuclei familiari;



2.d. i report in possesso della Committenza non permettono una puntuale estrazione delle informazioni richieste. Si rimanda all'Allegato 10 "Relazione sul contesto di riferimento".

3. Domanda:

Si chiede di fornire la statistica sinistri relativa al biennio antecedente al 01/07/2020-30/06/2021 suddivisa per garanzia e canale di accesso alla prestazione (diretta, indiretta, SSN), con indicazione di numero e importo dei sinistri pagati, riservati e senza seguito.

Risposta

I report in possesso della Committenza relativi alle precedenti annualità assicurative sono riferiti alle annualità 01/07/2017 – 30/06/2018 e 01/07/2018 – 30/06/2019. Per i dettagli si rimanda all'Allegato 2 "Risposta alla Domanda 3".

4. Domanda:

Relativamente ai Pacchetti Platinum ed Extensive attualmente previsti, si rileva che gli stessi prevedono diverse garanzie aggiuntive rispetto a quelle riportate nella statistica sinistri (quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, prestazioni oculistiche, psicoterapia, fecondazione eterologa, controllo pediatrico, ecc per il pacchetto Platinum e pacchetto parto, prevenzione, LTC, ecc per il pacchetto Extensive). Si richiede di fornire la statistica sinistri completa anche dei sinistri liquidati e riservati riferiti a suddette garanzie.

Risposta

Si rimanda all'Allegato 3 "Risposta alla domanda n.4" per i dettagli richiesti, ad integrazione delle tabelle riportate nell'Allegato 10 "Relazione sul contesto di riferimento".

5. Domanda:

Si chiede di indicare, per ciascuna annualità assicurativa per cui è fornita la statistica sinistri, il numero dei dipendenti assicurati.

Risposta

Come indicato nell'Allegato 10 "Contesto di riferimento" il numero di dipendenti assicurati per l'annualità 01/07/2020 – 30/06/2021 e per il semestre 01/07/2021 – 31/12/2021 è pari a circa 65.000 dipendenti.

6. Domanda:

Si chiede di indicare il premio lordo comprensivo di regolazione premio incassato, separatamente per Pacchetto Standard, Pacchetto Platinum e Pacchetto Extensive, riferito a ciascuna annualità assicurativa per cui è fornita la statistica sinistri.



Risposta

Si rappresenta che, come riportato nell'Allegato 10 "Contesto di riferimento", il numero di dipendenti assicurati per l'annualità 01/07/2020 – 30/06/2021 e per il semestre 01/07/2021 – 31/12/2021 è pari a circa 65.000 dipendenti, di cui:

- circa 62.000 con contributo versato dall'azienda per il Pacchetto Standard per il solo dipendente pari a € 100,00;
- circa 3.000 con contributo versato dall'azienda per il Pacchetto Standard del Gruppo Busitalia per il solo dipendente pari a € 75,00.

Si conferma altresì che, nel medesimo Allegato, è indicato il numero di Pacchetti Aggiuntivi ed Estensione al nucleo familiare acquistati.

Ciò premesso, si riportano di seguito i prezzi annui dei Pacchetti Sanitari dell'attuale Piano di assistenza sanitaria integrativa del Gruppo FS:

- Estensione del Pacchetto Standard al nucleo familiare: € 150,00;
- Pacchetto Premium solo per il dipendente: € 150,00;
- Pacchetto Executive solo per il dipendente: € 400,00;
- Pacchetto Premium per il nucleo familiare, incluso il dipendente: € 400,00*;
- Pacchetto Executive per il nucleo familiare, incluso il dipendente: € 800,00*;
- Pacchetto Premium per il dipendente + estensione del Pacchetto Standard al nucleo familiare: € 300,00*;
- Pacchetto Executive per il dipendente + estensione del Pacchetto Standard al nucleo familiare: € 550,00*;

** l'importo include il prezzo dell'estensione del Pacchetto Standard al nucleo familiare.*

7. Domanda:

Si chiede di indicare i premi pro capite in corso per l'adesione ai Pacchetti Platinum e Extensive e il premio in corso per l'estensione della copertura Standard al nucleo familiare.

Risposta

Si veda risposta alla Domanda n.6.

8. Domanda:

Con riferimento ai pacchetti di Prevenzione Diagnostica di cui all'art. 10.11 lett. e) del Capitolato Tecnico, si chiede di indicare se debbano intendersi alternativi tra loro per ciascuna annualità assicurativa (vale a dire che l'assicurato, per ciascuna annualità assicurativa, possa svolgere un solo dei pacchetti elencati) o se ciascun pacchetto possa essere effettuato senza limiti di utilizzo.

**Risposta**

Ciascun Pacchetto di prevenzione diagnostica eventualmente offerto nel Piano Sanitario potrà essere fruito dagli assicurati una volta per ogni annualità assicurativa.

9. Domanda:

Si chiede di indicare le modalità di calcolo sottostanti l'ammontare del valore annuo stimato dell'appalto pari ad € 21.000.000 considerando che per un numero iniziale stimato di assicurati pari a 60.000 ed un premio pro capite di € 300 il premio sarebbe pari ad € 18.000.000.

Risposta

L'importo, meramente indicativo, è stato quantificato considerando il Pacchetto FS Salute e valutando la possibilità dell'eventuale estensione dello stesso in favore del nucleo familiare (Pacchetto FS Family), nonché l'eventuale ampliamento ad ulteriori dipendenti per eventi, al momento non prevedibili, quali ad esempio nuove assunzioni, acquisizioni societarie, estensione della copertura ad ulteriori Società.

10. Domanda:

Con riferimento alla pag. 7 del Disciplinare, si chiede conferma che il Committente si riservi la facoltà di esercitare l'opzione di proroga di ulteriori 24 mesi (ventiquattro) unilateralmente quindi senza facoltà da parte della Cassa di poter recedere.

Risposta

Sì, si conferma. In particolare, l'Appaltatore con la sottoscrizione della Convenzione presta il proprio consenso all'esercizio delle opzioni.

Il recesso è esercitabile nei casi previsti all'interno dello Schema di Convenzione (All. 8 al Disciplinare di gara).

11. Domanda:

Si chiede conferma che non vi siano differenze rispetto alle condizioni attualmente in vigore, diversamente si chiede di evidenziarle.

Risposta

Si rappresenta che il Pacchetto Standard attualmente vigente presenta delle differenze rispetto alle garanzie del Pacchetto FS Salute previste dal Capitolato Tecnico. Per i dettagli, si rimanda all'Allegato 4 "Risposta alla Domanda n.11".

12. Domanda:



Si richiede di indicare i premi unitari attualmente in vigore.

Risposta

Si veda risposta alla Domanda n.6.

13.Domanda:

Si chiede di indicare la data di aggiornamento dei sinistri forniti presenti nell'allegato 10 Relazione sul contesto di riferimento.

Risposta

Si veda risposta 2.a. alla Domanda 2

14.Domanda:

Si chiede di poter ricevere gli stessi dati statistici forniti aggiornati con una vista anche sul 2022: 10 mesi di liquidato dell'annualità 2021-2022 a confronto con un pari periodo dell'annualità precedente.

Risposta

Si veda risposta 2.d. alla Domanda 2.

15.Domanda:

Bando di gara (pagine 4 e 5)

III.1.2 Capacità economica e finanziaria

"... Livelli minimi di capacità eventualmente richiesti:

Aver realizzato, negli ultimi tre esercizi antecedenti la data di pubblicazione del bando di gara, una raccolta contributi/premi annua per assistenze analoghe a quella oggetto della presente gara pari ad almeno

10.000.000 EUR in ciascun esercizio. Il possesso del suddetto requisito dovrà essere dichiarato con le modalità indicate nel disciplinare di gara"

Quesito:

11.1 Per "ultimi tre esercizi antecedenti la data di pubblicazione" si intendono gli esercizi 2019 – 2020 – 2021?

11.2 Quali sono le modalità con le quali deve essere comprovato il possesso del requisito?

11.3 Può essere comprovato mediante la produzione del Bilancio di ogni esercizio da cui si evincano i ricavi da contributi?

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

15.a) Per "ultimi tre esercizi antecedenti la data di pubblicazione" si intendono gli ultimi tre esercizi chiusi da bilanci approvati prima della data di pubblicazione del Bando.



15.b)-15.c) Ai fini della comprova del requisito di capacità economico-finanziaria, trova applicazione l'art. 86 comma 4 del d.lgs n.50/2016 e ss. mm. e ii. e il richiamato All. XVII: pertanto l'operatore potrà assolvere all'onere di comprova del requisito relativo alla raccolta contributi/premi annua per assistenze analoghe a quella oggetto della presente gara, mediante *presentazione dei bilanci o di estratti di bilancio, qualora la pubblicazione del bilancio sia obbligatoria in base alla legislazione del paese di stabilimento dell'operatore economico; una dichiarazione concernente il fatturato globale e, se del caso, il fatturato del settore di attività oggetto dell'appalto, al massimo per gli ultimi tre esercizi disponibili in base alla data di costituzione o all'avvio delle attività dell'operatore economico, nella misura in cui le informazioni su tali fatturati siano disponibili.*

Si rammenta che ai sensi del secondo periodo dell'art. 86 comma 4 del CCP

“L'operatore economico, che per fondati motivi non è in grado di presentare le referenze chieste dall'amministrazione aggiudicatrice, può provare la propria capacità economica e finanziaria mediante un qualsiasi altro documento considerato idoneo dalla stazione appaltante”.

16.Domanda:

Bando di gara (pagina 5)

III.1.3 Capacità professionale e tecnica

Al fine di consentire la massima partecipazione, ma nello stesso tempo avere garanzie in merito all'affidabilità del concorrente, i soggetti interessati dovranno avere la disponibilità di una rete di strutture sanitarie e medici convenzionati aventi le caratteristiche di seguito indicate come «livello minimo di capacità».

Livelli minimi di capacità eventualmente richiesti:

- 3) almeno 2.100 medici convenzionati sul territorio nazionale (esclusi i medici dentisti);
- 4) almeno 1.500 medici dentisti convenzionati sul territorio nazionale;

Quesito:

Quali sono le modalità di comprova del requisito della Capacità Professionale riguardante la rete di strutture sanitarie e medici convenzionati?

Risposta

Ai fini della comprova dei requisiti di cui al punto III.1.3), lett. a), n. 3 e 4 del Bando di gara, l'Aggiudicatario dovrà produrre l'elenco dettagliato dei medici convenzionati e dei medici dentisti convenzionati aventi le caratteristiche richieste nel Bando e nel Disciplinare di gara, corredato dai relativi contratti di convenzionamento. A tal riguardo si precisa che la Stazione Appaltante si riserva di effettuare idonee verifiche intervistando le strutture/medici convenzionati facenti parte della rete convenzionata.



17.Domanda:

DISCIPLINARE DI GARA (pagina 5)

Viene riportato il seguente testo:

“N.B. Ai fini del conteggio delle strutture di cui ai punti 1 e 2 verrà considerata una struttura uguale ad una sola partita IVA. Nel caso di Gruppo IVA, si potrà fare riferimento al Codice Fiscale del singolo partecipante al Gruppo IVA. Resta fermo che il requisito è comunque soddisfatto purché le singole strutture siano ubicate in sedi differenti.”

Le strutture del punto 1 sono: strutture abilitate al ricovero notturno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico)

Le strutture del punto 2 sono: centri medici non abilitati al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi)

Quesito:

Una struttura può essere conteggiata solamente nel punto 1 o nel punto 2, oppure in entrambi i punti?

Ad esempio gli ospedali che eseguono anche prestazioni di diagnostica come vengono conteggiati?

Risposta

Si conferma che la struttura può essere conteggiata in entrambi i punti.

18.Domanda:

Disciplinare di gara (pagina 50)

“12. EFFICACIA DELL’AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO

12.1 Efficacia dell’aggiudicazione

L’aggiudicazione diventerà efficace a seguito della verifica del possesso dei prescritti requisiti (ai sensi dell’art. 32, comma 7, del D.Lgs. n. 50/2016). A tal fine, il Concorrente risultato aggiudicatario, entro 10 (dieci) giorni naturali consecutivi dalla richiesta di Ferservizi, dovrà produrre:

- la documentazione attestante il possesso dei requisiti dichiarati in sede di gara con la presentazione dell’offerta;*
- la documentazione occorrente per l’espletamento degli accertamenti previsti dalla c.d. “legislazione antimafia”;*
- dichiarazione, da parte del Concorrente conforme all’allegato 11, attestante l’assenza di cause ostative alla stipula di appalti pubblici derivanti da sanzioni internazionali.”*

Quesito:

14.1 Quali sono i “requisiti” da dimostrare entro i 10 giorni?



14.2 Sono tutti quelli che non vengono esplicitati nella tabella 3 a pagina 46, 47 e 48 del Capitolato tecnico?

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

18.a) L'Aggiudicatario dovrà produrre, entro 10 giorni dalla Comunicazione di aggiudicazione, la documentazione a comprova dei requisiti di cui ai punti III.1.1) e III.1.2) del Bando di Gara, nonché la dichiarazione attestante l'assenza di cause ostative alla stipula di appalti pubblici derivanti da sanzioni internazionali in conformità all'allegato 11 al Disciplinare di gara.

Resta ferma la facoltà della Stazione Appaltante di richiedere, nel predetto termine di 10 giorni, ai fini della comprova dei requisiti vincolanti, nonché di quelli migliorativi eventualmente offerti, della Piattaforma di cui al paragrafo 18 del Capitolato Tecnico:

- certificazione/documentazione idonea a comprovare i suddetti requisiti;
- un'utenza test (che dovrà rimanere attiva per almeno i 30 giorni successivi) al fine della comprova dei suddetti requisiti.

L'Aggiudicatario dovrà produrre entro 60 gg dalla Comunicazione di Aggiudicazione:

- ai fini della comprova dei requisiti di cui al punto III.1.3) lett. a) n. 1, 2, 3 e 4 del Bando di gara, l'elenco dettagliato della rete di strutture sanitarie e medici convenzionati aventi le caratteristiche richieste nel Bando e nel Disciplinare di gara, corredato dai relativi contratti di convenzionamento A tal riguardo si precisa che la Stazione Appaltante si riserva di effettuare idonee verifiche intervistando le strutture/medici convenzionati facenti parte della rete convenzionata; (si veda anche la risposta alla domanda n. 16);
- ai fini della comprova del requisito di cui al punto III.1.3) lett. a) n. 5, l'indirizzo email dedicato, il numero verde nazionale (gratuito), il numero raggiungibile anche dall'estero con le caratteristiche richieste A tal riguardo si precisa che la Stazione Appaltante potrà procedere alla verifica in merito ai tempi di risposta;
- ai fini della comprova del requisito di cui al punto III.1.3) lett. a) n. 6, l'indirizzo di un sito internet e l'accessibilità ad una app dedicati integrato con i sistemi del Gruppo FS Italiane con le caratteristiche richieste dal Paragrafo 13 del Capitolato Tecnico. A tal riguardo si precisa che la Stazione Appaltante potrà procedere ad effettuare degli accessi per verificarne le funzionalità.

18.b) Si rappresenta che la tabella 3 (pagg. 46,47 e 48) di cui al Capitolato Tecnico, contiene i requisiti organizzativi e di qualità che dovranno essere mantenuti nel corso dell'appalto e le relative penali applicabili. Resta ferma la facoltà della Stazione



Appaltante di procedere, in fase di comprova, alla verifica del possesso di alcuni dei predetti requisiti.

19. Domanda:

CAPITOLATO TECNICO (pagina 14)

“9. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI a) Rete convenzionata
“– almeno 2.100 medici convenzionati sul territorio nazionale (esclusi i medici dentisti)”

(Requisito riportato anche sul Bando di Gara a pagina 5 nonché sul Disciplinare di Gara a pagina 5)

Quesito: Tale articolato vuole riferirsi ai singoli medici che fatturano in proprio? Oppure si possono considerare anche i medici che prestano la loro opera professionale presso strutture sanitarie abilitate (poliambulatori, case di cura ecc.), e le fatturazioni fatte dal professionista sono rilasciate dalla struttura ospitante?

Risposta

Si conferma che ai fini del rispetto del requisito possano considerarsi anche i medici che prestano la loro opera professionale presso strutture sanitarie.

20. Domanda:

Capitolato Tecnico (pagine 27 e 28) 13. SITO INTERNET E APP

L'Aggiudicatario deve garantire agli Assistiti un sito internet e una app dedicati, integrati con i sistemi del Gruppo FS in termini di modalità di accesso (Single Sign On per il sito internet e credenziali di accesso per l'App dedicata) e flussi dati con il sistema di gestione delle risorse umane RUN (cfr. Par. 18.4), che consentano le seguenti funzionalità minime per gli Assistiti:

- o *scaricare le condizioni generali di assistenza e accedere a tutto il materiale informativo relativo alle prestazioni previste dal Piano Sanitario;*
- o *consultare l'elenco aggiornato delle strutture convenzionate in modo rapido e intuitivo (anche attraverso un sistema di geolocalizzazione);*
- o *prenotare direttamente online le visite e gli esami presso le strutture convenzionate;*
- o *compilare direttamente online la modulistica di denuncia del sinistro necessaria per attivare le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie in assistenza indiretta. La funzionalità deve permettere di allegare - oltre ai giustificativi di spesa – anche copia elettronica della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero, o copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero;*
- o *consultare lo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assistiti di visionare la propria situazione assistenziale completa e l'andamento del proprio eventuale sinistro;*



- fare richiesta direttamente online della modulistica necessaria per sottoscrivere il Pacchetto FS Family con pagamento a carico dell'Assistito;
- accedere alle FAQ e ai contatti dedicati per chiarimenti ed informazioni.”

Quesito:

Per la parte relativa alla prenotazione ON LINE si intende l'invio della richiesta di prenotazione alla Centrale operativa che poi provvede a prenotare oppure va previsto un collegamento diretto con le strutture stesse?

Risposta

Si conferma il requisito è soddisfatto in entrambi i casi.

21. Domanda:

Capitolato tecnico (pagina 38)

18 REQUISITI Allegato 5

ID	Item	Descrizione	Requisito vincolante (V) o requisito migliorativo (M)
RTA3.1	Restrizioni sui dati consultabili dal personale tecnico	Il personale tecnico, nel corso delle sue attività di sviluppo e manutenzione, non ha la possibilità consultare il contenuto sensibile presente sulla piattaforma.	V

Quesito: Cosa si intende per “Personale Tecnico”?

Risposta

Per personale tecnico si intende tutto il personale demandato alla gestione, conduzione, evoluzione, implementazione e manutenzione dei sistemi e delle tecnologie che, a qualunque titolo, concorrono nell'erogazione del servizio.

22. Domanda:

Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, indicare le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.

Risposta

Si, si conferma.



23. Domanda:

Si chiede conferma che sulla documentazione che il concorrente deve depositare ai fini della partecipazione alla gara non serva appore il timbro ma basti che sia firmata digitalmente.

Risposta

Si, si conferma.

24. Domanda:

Si chiede conferma che la disponibilità di una rete di strutture convenzionate all'estero non sia obbligatoria ma solo funzionale all'ottenimento di un maggior punteggio nell'offerta tecnica.

Risposta

Si conferma.

25. Domanda:

Si chiede conferma che nel caso la stazione appaltante eserciti l'opzione di proroga del servizio, gli importi dei massimali delle garanzie del capitolato debbano intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

Risposta

Non si conferma. I massimali delle garanzie sono, in ogni caso, da considerarsi nella loro interezza; mentre, i valori dei contributi annui previsti per il Pacchetto FS Salute e per il Pacchetto FS Family saranno riproporzionati.

26. Domanda:

In caso di partecipazione in RTI tra una Cassa e una Compagnia, si chiede conferma che il soggetto pagatore dei sinistri degli assicurati possa essere la Compagnia.

Risposta

Si rappresenta che, in caso di RTI tra una Cassa e una Compagnia, il pagamento dei sinistri non può avvenire direttamente a favore dei dipendenti "Assisiti" del Gruppo FS Italiane o del nucleo familiare dei predetti "Assistiti" da parte della Compagnia. Infatti, ai fini dei benefici fiscali e contributivi di cui all'art. 51 del DPR 917/1986 e s.m.i., il suddetto pagamento deve essere effettuato dalla Cassa.



27. Domanda:

Si chiede conferma che la disponibilità dei requisiti di capacità tecnica e professionale debba essere posseduta entro 60 giorni dall'aggiudicazione.

Risposta

Si veda la risposta alla domanda n. 18.

28. Domanda:

Con riferimento al seguente requisito di capacità professionale e tecnica indicato la punto 1) della sezione III.1.3) del bando di gara "*strutture abilitate al ricovero notturno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio di pagamento diretto delle spese previste nel contratto. Tale rete dovrà essere composta da almeno 210 strutture sul territorio nazionale (incluse strutture pubbliche) distribuite in ciascuna regione a copertura di tutte le province presenti nel territorio regionale*". Si chiede conferma che il requisito possa ritenersi soddisfatto nel caso in cui il numero di strutture convenzionate abilitate al ricovero notturno sia mediamente di almeno 1 per provincia.

Risposta

Non si conferma. Come indicato nel Disciplinare di gara, nonché nel Bando, le strutture dovranno essere distribuite in ciascuna regione a copertura di tutte le province presenti nel territorio regionale, salvo comprovata oggettiva impossibilità di convenzionare strutture delle tipologie richieste nelle specifiche province.

29. Domanda:

Con riferimento ai requisiti di capacità professionale e tecnica di cui al punto III.1.3) del Bando, considerato che più strutture e centri medici appartenenti allo stesso Gruppo adottano la stessa partita iva pur essendo ubicati in luoghi diversi (vie e città), si chiede conferma che ai fini del conteggio delle strutture di cui ai punti 1 e 2 venga presa in considerazione la sede delle strutture e non il solo Gruppo IVA.

Risposta

Si conferma. Come indicato nel Disciplinare di Gara, nonché nel Bando, ai fini del conteggio delle strutture di cui ai punti 1 e 2, nel caso di gruppo IVA si potrà fare riferimento al codice fiscale del singolo partecipante al Gruppo IVA. Resta fermo che il requisito è comunque soddisfatto purché ubicate in sedi differenti.



30. Domanda:

Si chiede conferma che in caso di Infortunio l'assicurato dovrà presentare il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato potrà presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

Risposta

Non si conferma. L'Infortunio può essere certificato anche dal medico curante.

31. Domanda:

Con riferimento alle spese post ricovero di cui all'art. 10.1 *“Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio, lettera b) pre e post ricovero”*, si chiede di chiarire se, nel caso in cui queste siano effettuate in un momento in cui la copertura non risulti attiva, possano essere considerate non indennizzabili oppure debbano essere riconosciute all'assicurato in quanto funzionalmente legate ad un ricovero avvenuto in vigenza di copertura.

Risposta

Le spese indennizzabili sono esclusivamente quelle effettuate durante la vigenza della copertura.

32. Domanda:

Con riferimento all'art. 10.1 *“Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio, lettera d) diaria sostitutiva”* si chiede conferma che l'indennità sostitutiva non venga erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.

Risposta

Il quesito non è chiaro. Si conferma, ad ogni modo, che l'indennità di diaria sostitutiva è garantita per ogni giorno di ricovero.

33. Domanda:

Con riferimento all'art. 10.11, lettera b) *“prestazioni oculistiche”* si chiede conferma che:

- sia escluso l'acquisto della sola montatura
- siano escluse le lenti *“usa e getta”*
- la modifica del visus debba essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto
- l'acquisto degli occhiali/lenti debba avvenire in vigenza contrattuale.

Risposta



Di seguito le risposte per ciascun punto:

33.a. non si conferma;

33.b. non si conferma;

33.c. è facoltà dell'Aggiudicatario determinare tale aspetto;

33.d. si conferma.

34. Domanda:

Chiediamo conferma che il pagamento del contributo da parte dell'associato alla Compagnia venga effettuato anticipatamente in unica soluzione, senza frazionamento.

Risposta

Non si conferma. Si rimanda all'art. 5 dell'Allegato 8 "Schema di convenzione".

35. Domanda:

Si chiede conferma che in caso di inclusioni in corso d'anno sia dei titolari del Pacchetto FS Salute che dei familiari del Pacchetto FS Family, per omogeneità il contributo possa essere calcolato in quote mensili in funzione dei mesi di godimento della polizza.

Risposta

Si conferma. Si rimanda all'art. 5 dell'Allegato 8 "Schema di convenzione".

36. Domanda:

Si chiede se il contributo di € 300 per ciascun lavoratore per il pacchetto FS Salute debba intendersi al lordo o al netto delle imposte del 2,5%

Risposta

Come indicato al Capitolo 7 del Capitolato tecnico, il contributo è da considerarsi onnicomprensivo di ogni onere fiscale o di altro genere qualora previsto.

37. Domanda:

Per il pacchetto FS Family si chiede:

- Se il premio indicato pari a € 500, eventualmente ribassabile in sede di offerta tecnica, debba intendersi al lordo o al netto delle imposte del 2,5%;
- Se il premio indicato pari a € 500 è da intendersi per ogni componente del nucleo oppure per tutto il nucleo indipendentemente dalla numerosità dello stesso;
- Se l'adesione deve necessariamente riguardare tutti i componenti del nucleo;
- Se i limiti di spesa annui indicati nel capitolato debbano intendersi per persona o per nucleo;



•Se le condizioni di polizza debbano intendersi le stesse del pacchetto Salute e le eventuali modifiche proposte nell'ambito dell'offerta tecnica devono considerarsi valide anche per il pacchetto Family.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

37.a. si veda risposta alla Domanda n. 36;

37.b. il contributo è da intendersi onnicomprensivo per tutti i componenti del nucleo, a prescindere dalla numerosità dello stesso;

37.c. si conferma;

37.d. i limiti di spesa annui devono intendersi per persona;

37.e. si conferma.

38. Domanda:

In riferimento alla quantificazione del valore dell'appalto indicato in 84.000.000 sull'intera durata di 48 mesi si chiede se tale valore tiene conto unicamente conto del pacchetto FS Salute oppure tiene conto anche del pacchetto FS Family. Nel primo caso (solo Salute) moltiplicando il premio di 300 per il numero di 60.000 unità (rif. pag. 3 All. 10) si ottiene un valore annuo di 21.000.000 e sui 48 mesi di 72.000.000; pertanto si chiede se il numero di unità impiegate per il calcolo dell'appalto sia diverso e verosimilmente pari a circa 70.000 (in tal caso tornerebbe il valore di 84.000.000). Nel secondo caso (Salute + Family) si chiede di specificare il numero di aderenti al Family ipotizzato per la stima del valore dell'appalto. In ogni caso si chiede di chiarire come sia stato determinato, in termini di premi e assicurati, il valore dell'appalto.

Risposta

Si veda risposta alla Domanda n.9.

39. Domanda:

L'Allegato 8 a pag. 9 e il Disciplinare alle pagine 6 e7 riportano la facoltà per l'associato di esercitare due opzioni, una di importo e una di durata:

- In riferimento ad entrambe si chiede se sono da intendersi quali facoltà unilaterali del Committente;
- In riferimento all'opzione di importo si chiede se l'ulteriore importo massimo di 42.000.000 sia da intendersi come conseguenza dell'estensione della durata o meno. Nel primo caso esercitando l'opzione di importo si esercita l'estensione della durata aumentando di conseguenza il valore dell'appalto; nel secondo caso, non si ha estensione di durata e, pertanto, è prevista la possibilità di aumentare fino ad un massimo di ulteriori



42.000.000 nell'ambito dei 24 mesi di durata obbligatoria. In questo secondo caso si chiede di precisare come possa aumentare fino ad un massimo di ulteriori 42.000.000 il valore dell'appalto a parità di durata. Si chiede quindi di chiarire quale delle due interpretazioni è corretta o, in alternativa, fornire l'interpretazione corretta dell'opzione di importo.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

39.a) Sì, si conferma. In particolare, l'Appaltatore con la sottoscrizione della Convenzione presta il proprio consenso all'esercizio delle opzioni;

39.b) Le opzioni di importo e di durata possono essere esercitate sia congiuntamente che alternativamente tra loro. Si veda anche la risposta alla domanda n. 9.

40. Domanda:

Si chiede se sono da intendersi assicurati anche i pensionati.

Risposta

Non si conferma.

41. Domanda:

A pag. 18 del Disciplinare rif. 4.1.E (T4) Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza (Paragrafo 10.7, lett. a Capitolato Tecnico) il limite annuo di spesa al quale viene attribuito il punteggio di 0,75 è pari a 2.000 e coincide con il limite indicato nel capitolato. In questo modo si configura l'attribuzione di 0,75 punti proponendo il limite già indicato nel capitolato. Si chiede se si tratta di un refuso o se tale interpretazione è da ritenersi corretta. Si propone il medesimo quesito con riferimento al punto 4.1.F (T5) Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a (Paragrafo 10.7, lett. b Capitolato Tecnico) dove il limite di partenza del capitolato è 200 ma a questo è attribuito un punteggio 1,5.

Risposta [ATTENZIONE: in conseguenza della presente risposta è stata modificata la configurazione a Portale della busta tecnica].

Si tratta effettivamente di un refuso. Pertanto:

- in relazione al paragrafo **4.1.E (T4) Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza (Paragrafo 10.7, lett. a Capitolato Tecnico) del Disciplinare di gara** - Incremento del valore del limite di spesa annuo per persona che verrà aumentato fino a: la voce - *Euro 2.000,00 0,75 punti* si consideri come eliminata e non valorizzabile ai fini dell'attribuzione di punteggio tecnico;



- in relazione al paragrafo **4.1.F (T5) Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a (Paragrafo 10.7, lett. b Capitolato Tecnico)** - Incremento del valore del limite di spesa annuo per figlio/a che verrà aumentato fino a: la voce - *Euro 200,00 1,50 punti* si consideri come eliminata e non valorizzabile ai fini dell'attribuzione di punteggio tecnico.

Conseguentemente si intendono modificati i relativi campi del Disciplinare di Gara e sono stati modificati i campi 2.5.1 e 2.6.1 all'interno della Busta tecnica del Portale Acquisti.

42. Domanda:

In riferimento allo schema di attribuzione del punteggio tabellare presente da pag. 16 a pag. 29 del disciplinare si chiede se i valori da offrire devono intendersi aumenti o decrementi rispetto ai valori indicati nel capitolato oppure se devono intendersi come i nuovi valori che sostituiranno quelli presenti nel capitolato. A titolo esemplificativo nei punti 4.1D il limite di partenza del capitolato è 5.000. Nel caso il concorrente indichi 6.000 il nuovo limite diventa 6.000 oppure 11.000?

Risposta

Si conferma che i valori eventualmente offerti andranno a sostituire i valori presenti nel Capitolato Tecnico (all. 5 al Disciplinare di gara).

Pertanto, nel caso di cui al Vostro esempio il nuovo limite diventerà 6.000.

43. Domanda:

Si chiede conferma che non sia prevista l'intermediazione di un broker.

Risposta

Si conferma.

44. Domanda:

Per i pacchetti di prevenzione diagnostica si chiede se i familiari che aderiscono al pacchetto Family potranno usufruire di tali prestazioni una volta l'anno a testa (quindi ciascun familiare una volta l'anno) oppure per nucleo familiare (solo un familiare, in aggiunta al titolare, una volta l'anno).

Risposta

Ciascun familiare che aderisce al Pacchetto Family potrà usufruire, una volta l'anno, di ciascuno dei pacchetti di prevenzione eventualmente offerti.

45. Domanda:



In riferimento ai pacchetti di prevenzione diagnostica si chiede se gli assicurati che intendano fruire di tali pacchetti potranno scegliere se fruire, in un'unica soluzione, di tutti i pacchetti eventualmente offerti dal concorrente o di uno solo dei pacchetti.

Risposta

Gli assicurati potranno fruire di tutti i pacchetti eventualmente offerti.

46. Domanda:

Con riferimento alla garanzia di sostegno al reddito (10.8 del Capitolato) si chiede di indicare il numero di personale assicurato addetto ad attività di sicurezza ed il numero di personale assicurato non addetto ad attività di sicurezza.

Risposta

Circa il 16% del personale svolge attività di staff; il restante personale attività di esercizio.

47. Domanda:

Si rileva che al capitolo 10.1 Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio, lettera b "Pre e post ricovero", manca l'indicazione del termine temporale entro il quale debbano essere ricomprese le prestazioni pre e post ricovero. Dal momento che alla successiva lettera c "Ospedalizzazione domiciliare" è indicato il termine di 120 giorni per l'operatività della garanzia, si richiede se tale termine si applichi anche alle prestazioni pre e post di cui alla lettera b.

Risposta

Il numero di giorni non è predeterminabile. Fermi restando i termini per la presentazione delle richieste di rimborso e l'indennizzabilità esclusivamente delle spese effettuate durante la vigenza della copertura, nella valutazione rileva la connessione tra le spese di pre e post ricovero e il ricovero stesso.

48. Domanda:

Si chiede conferma alla SA che le prestazioni previste dalla garanzia 10.5 Odontoiatria, alla lettera a) Visita specialistica e ablazione del tartaro siano per persona e non per nucleo familiare.

Risposta

Si conferma.

49. Domanda:



Riguardo alla garanzia 10.11 Miglioramento delle prestazioni incluse nel Pacchetto FS Salute, alla lettera f Indennità di maternità o paternità, si chiede alla stazione appaltante di aggiungere la richiesta di documentazione per la liquidazione del sinistro come prevista dal capitolato attualmente vigente.

Risposta

Fermo restando che è facoltà dell'Aggiudicatario determinare tale aspetto, si riporta di seguito la documentazione richiesta nel vigente Piano di assistenza sanitaria integrativa relativamente alla garanzia "Indennità di maternità o paternità":

- Copia della domanda di Congedo parentale all'INPS;
- Copia del certificato rilasciato dall'INPS in merito alla domanda di Congedo parentale;
- Copia Certificato di nascita del figlio per il quale si richiede l'Indennità di Maternità/Paternità;
- Copia del Cedolino Presenze/Busta Paga estraibile dai sistemi FS dal quale risulti l'assenza per Congedo parentale;
- Autocertificazione del soggetto con dichiarazione di non aver usufruito prima del 01/07/2020 di Congedo parentale per il figlio per il quale viene richiesta l'indennità.

50. Domanda:

Con riferimento alle previsioni di cui all'art. 9.2 "Assistenza Indiretta" e 9.3 "Sostegno al reddito per personale inidoneo in via definitiva" si evidenzia che il termine di tre mesi concesso all'assistito per la presentazione delle richieste di rimborso e di sostegno al reddito non potrà considerarsi perentorio, in quanto il respingimento di denunce tardive imporrebbe alla Compagnia l'obbligo di dimostrare il dolo dell'assicurato oppure, in caso di colpa, di provare il pregiudizio subito per ridurre l'entità dell'indennizzo (rif. disciplina civilistica e relativa giurisprudenza). Per tali ragioni, pur mantenendo tale termine indicato nelle condizioni di assicurazione, la Compagnia prenderà in carico anche le richieste ricevute oltre tale arco temporale, purché entro i termini prescrizione previsti dalla legge.

Risposta

Si conferma che il termine non è perentorio.

51. Domanda:

A pag. 4 del Capitolato, art. 2 "CONTESTO DI RIFERIMENTO", si legge che il contributo aziendale per l'assicurazione del personale dipendente è pari a € 300,00 annui per ciascun lavoratore. Si legge poi che la totalità dei dipendenti è composta circa da 60.000 unità. In base a questi dati, il valore annuo dell'appalto ammonta a € 18.000.000.



Nel bando di gara a pag. 2 si legge invece: “la Convenzione che verrà sottoscritta con l’aggiudicatario avrà una durata massima di 24 mesi a decorrere dalla data di stipula e un importo massimo pari a 42 000 000,00 EUR”. Da qui si evince quindi che il valore annuo dell’appalto ammonta a € 21.000.000.

Si chiede all’Ente come sia stato calcolato il valore indicato nel bando di gara. Si chiede conferma che vada considerato in ogni caso l’importo dato il contributo aziendale pari a € 300,00, moltiplicato per il numero effettivo di dipendenti.

Risposta

Si veda la risposta alla Domande n.9.

52. Domanda:

A pag. 19 del Capitolato, punto b) “Visita specialistica e ablazione del tartaro”, si chiede conferma che in caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di Euro 100,00 annui in caso di visita specialistica odontoiatrica.

Risposta

Si conferma.

53. Domanda:

Poiché per il Pacchetto FS Salute è previsto un contributo pari a € 300,00 per ciascun lavoratore e a questo corrispondono massimali annui per persona, si chiede conferma che per il Pacchetto Aggiuntivo FS Family (per il quale è previsto un contributo per nucleo) i massimali annui indicati siano da intendersi per nucleo.

Risposta

Si veda la risposta 37.d. alla Domanda 37.

54. Domanda:

A pag. 21 del capitolato, punto b) “Prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a”, si legge: “In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate all’Assistito nel limite di Euro 100,00 per evento”. Si chiede conferma che il limite di € 100,00 sia da intendersi per ogni figlio nel primo anno di vita.

Risposta

Si conferma.

55. Domanda:



A pag. 23 del Capitolato, art. 10.9 “Visite specialistiche di controllo”, si chiede conferma che il valore non indennizzabile pari a € 20,00 (previsto in caso di assistenza indiretta) sia da intendersi per visita.

Risposta

Si conferma.

56. Domanda:

A pag. 25 del Capitolato, punto b) “Prestazioni oculistiche”, si chiede conferma che il valore massimo non indennizzabile pari a € 40,00 sia da intendersi applicato per fattura/persona.

Risposta

Non si conferma. Il valore non indennizzabile è da intendersi per ogni spesa oculistica inclusa nella garanzia.

57. Domanda:

A pag. 25 del Capitolato, punto c) “Prestazioni fisioterapiche a seguito di malattia o infortunio”, si legge: “In caso di Assistenza Indiretta le spese sostenute vengono rimborsate con un valore non indennizzabile massimo di Euro 30,00 [o miglior valore offerto in sede di gara] per ogni prestazione”. Si chiede conferma che il valore non indennizzabile di € 30,00 sia da intendersi per fattura/persona. La stessa richiesta viene riproposta per il valore non indennizzabile di € 40,00 previsto al punto d) “Riabilitazione logopedica a seguito di malattia o infortunio”.

Risposta

Non si conferma. Il valore non indennizzabile, per entrambe le garanzie, è da intendersi per ogni prestazione.

58. Domanda:

Relativamente a quanto previsto a pag. 26 del Capitolato, punto e) “Programma di prevenzione diagnostica”, si chiede conferma che l'Assistito avrà facoltà di fruire di un pacchetto di prevenzione diagnostica all'anno, a scelta tra quelli eventualmente offerti.

Risposta

Si veda risposta alla Domanda 8.

59. Domanda:



A pag. 27 del Capitolato, punto f) “Indennità di maternità o paternità”, si chiede conferma che la durata massima di 60 giorni sia da intendersi per anno e per persona.

Risposta

Si conferma.

60. Domanda:

A pag. 18 del Disciplinare, art. 4.1.E “(T4) Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza (Paragrafo 10.7, lett. a Capitolato Tecnico) – Max 4 punti”, relativamente al valore del limite di spesa annuo per persona, si legge che potrà essere aumentato fino a: € 2.000, € 2.500, € 3.000 oppure € 3.500. Si chiede quindi conferma che il limite di spesa annuo di € 2.000 indicato a pag. 21 del Capitolato, punto a) “Prestazioni in gravidanza”, sia un refuso in quanto rappresenta già il primo scaglione di miglioria tecnica. Si chiede quindi quale sia il limite di spesa annuo (inferiore a € 2.000) da considerarsi come valore a base di gara. La stessa richiesta si ripete per il limite di spesa annuo di € 200,00 per la garanzia b) “Prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a”.

Risposta [ATTENZIONE: in conseguenza della presente risposta è stata modificata la configurazione a Portale della busta tecnica].

Si veda risposta alla Domanda n. 41.

61.Domanda:

Per una migliore valutazione del rischio, si chiede se è possibile avere delle statistiche sinistri aggiornate a una data più recente rispetto a quella del 31/12/2021, suddivise tra i diversi piani in essere. Si richiede anche il totale premi di competenza per ciascuna annualità, suddiviso tra i diversi piani in essere. Si chiedono infine le condizioni della copertura in corso.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

61.a. si veda la risposta 2.d. alla Domanda n.2;

61.b. si veda la risposta alla Domanda 6;

61.c. si conferma che le condizioni della copertura in corso prevista dal Pacchetto Standard sono le medesime previste dal Capitolato Tecnico relativamente al Pacchetto FS Salute, ad eccezione delle differenze per le quali si rimanda alla risposta alla Domanda 11.

62. Domanda:



Relativamente alla garanzia 10.4 “Rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale” (pag. 18 del Capitolato), si chiede conferma che per “prestazioni” si intendano visite, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici, compresi visite e accertamenti odontoiatrici.

Risposta

Si conferma che qualsiasi prestazione effettuata in ticket del SSN è rimborsabile nell'ambito di tale garanzia.

63. Domanda:

A pag. 16 del Capitolato, garanzia b) “Pre e post ricovero”, si legge: “Si considerano incluse nelle spese di pre-ricovero le spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l’inizio del ricovero [...]” e “Si considerano incluse nelle spese di post-ricovero le spese sostenute per esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (...), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (...), effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero [...]”. Per meglio definire la garanzia, si chiede di specificare quanti siano i giorni “precedenti l’inizio del ricovero” e “successivi alla cessazione del ricovero” per cui si intende valida la garanzia. Si propone ad esempio 90 giorni.

Risposta

Si veda la risposta alla Domanda 47.

64. Domanda:

A pag. 17 del Capitolato, art. 10.2 “Altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio”, si legge: “Pagamento di un indennizzo forfettario per gli interventi chirurgici diversi da quelli specificati nell’Allegato 1 che si siano resi necessari a seguito di malattia o infortunio effettuati in regime di ricovero, nonché in regime ambulatoriale, di day surgery e di day hospital in Istituto di Cura. [...] In caso di Assistenza Indiretta e di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale viene corrisposto dall’Aggiudicatario un indennizzo forfettario di almeno Euro 500,00 [o miglior offerto in sede di gara] per evento.”. Si chiede conferma che in caso di regime di ricovero, di day surgery e di day hospital venga corrisposto l’indennizzo forfettario di € 500,00 (o migliore offerta in sede di gara), mentre in caso di regime ambulatoriale l’importo di € 500,00 (o migliore offerta in sede di gara) sia da intendersi come massimo importo rimborsabile per l’intervento chirurgico ambulatoriale.

Risposta



A prescindere dal regime in cui viene svolto l'intervento chirurgico, in caso di Assistenza Indiretta e di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposto dall'Aggiudicatario un indennizzo forfettario massimo di almeno Euro 500,00 [o miglior offerto in sede di gara] per evento, da intendersi come massimo importo rimborsabile per l'intervento chirurgico.

65. Domanda:

Si chiede conferma che nell'ALLEGATO 1 "Elenco grandi interventi chirurgici", i ricoveri riferiti alle patologie oncologiche maligne riportati a pag. 63 siano da intendersi ricoveri con intervento chirurgico.

Risposta

Si conferma.

66. Domanda:

Per una più corretta valutazione del rischio, si chiede quanti siano stati nell'ultimo triennio:

- I dipendenti riconosciuti inidonei in via definitiva dalla Direzione Sanità di RFI S.p.A. alle mansioni per cui erano stato assunti o a cui erano stati successivamente adibiti;
- I dipendenti che abbiano richiesto il congedo di paternità/maternità.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

66.a. per il dato richiesto, si rimanda all'Allegato 10 "Relazione sul contesto di riferimento";

66.b. per i dati in possesso della Committenza relativamente alla fruizione dell'indennità di maternità/paternità, si rimanda alla tabella presente nella risposta alla Domanda 4.

67. Domanda:

A pag. 25 del Capitolato, punto b) "Prestazioni oculistiche", si legge "[...] a seguito di difetto visivo (senza limitazione sulla tipologia) e variazione del visus [...]". Per una corretta valutazione della garanzia si chiede conferma che la variazione del visus debba essere certificata dal medico oculista o dall'ottico optometrista.

Risposta

Si veda risposta 33.c. alla Domanda 33.

68. Domanda:



Con riferimento all'art. 10.2 “Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio” lettera a) si chiede conferma che nel caso di accompagnamento e assistenza infermieristica i rispettivi limiti di 30 notti e 30 giorni si debbano considerare per ricovero.

Risposta

Si conferma.

69. Domanda:

Si chiede conferma che la copertura sanitaria operi in forma obbligatoria per ogni Dipendente di FERSERVIZI (che rientrano nel Pacchetto FS Salute).

Risposta

La copertura sanitaria relativa al Pacchetto FS Salute opera in forma obbligatoria per tutti gli assistiti indicati al paragrafo 4 del Capitolato Tecnico (all. 5 al Disciplinare di gara).

70. Domanda:

Si chiede conferma che la copertura sanitaria operi in forma facoltativa per il nucleo familiari del Dipendente di FERSERVIZI (che rientra nel Pacchetto FS Family).

Risposta

La copertura sanitaria relativa al Pacchetto FS Family opera in forma facoltativa per scelta dei dipendenti che decidano di aderirvi secondo quanto indicato al paragrafo 8 del Capitolato Tecnico (all. 5 al Disciplinare di gara).

71. Domanda:

Si chiede conferma che il valore a base d'asta annuo pari a € 21.000.000 sia imputabile al solo Pacchetto FS Salute. Inoltre, si chiede conferma che il premio pro capite annuo lordo pari a € 300,00 sia non soggetto a ribasso.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

71.a. si veda la risposta alla Domanda n. 9;

71.b. si conferma.

72. Domanda:

In riferimento all'art. 2 dell'ALL. 5 DEF. CT_Assistenza Sanitaria Integrativa 14.06.22, si dichiara che il numero dei dipendenti totali al 31/03/2022 sono circa 60.000 unità. Mentre dividendo l'ammontare premio a base d'asta annuo di cui sopra per il premio pro capite



annuo lordo € 300,00, il numero di assistiti sia pari a 70.000. Si chiede di indicare quale sia la numerosità totale dei Dipendenti.

Risposta

Si conferma quanto riportato nell' ALL. 5 DEF. CT_Assistenza Sanitaria Integrativa 14.06.22.

Si veda, inoltre, la risposta alla Domanda n.9.

73. Domanda:

In riferimento al Pacchetto FS Family, si chiede conferma che il valore a base d'asta si a € 500,00, soggetto a ribasso secondo il criterio 4.1.B (T1) Contributo per estensione Pacchetto FS Family – Max 7,5 punti del Disciplinare di gara.

Risposta

Si conferma.

74. Domanda:

In riferimento alla statistica sinistri fornita nell'ALL. 10 Relazione sul contesto di riferimento_18.05.2022, si chiede di fornire:

- a. la medesima statistica i formato excel;
- b. la data di aggiornamento dei dati dei 3 pacchetti;
- c. se per “Pagato” si intenda comprensivo si sinistri pagati e riservati;
- d. se per “Numero Danni” si intenda numero di sinistri;
- e. di fornire la medesima statistica distinguendo per ogni pacchetto i sinistri imputabili al solo Dipendente, al nucleo familiare incluso il dipendente e al solo nucleo familiare.

Risposta

Di seguito le risposte per ciascun punto:

- 74.a.** non è possibile fornire quanto richiesto;
- 74.b.** si veda la risposta 2.a. alla Domanda 2;
- 74.c.** non si conferma. Per il dettaglio dei danni riservati, si veda le risposte 2.b. alla Domanda 2 e alla Domanda 4;
- 74.d.** i dati in possesso della Committenza e riportati nell'Allegato 10 “Relazione sul contesto di riferimento” fanno riferimento ai danni;
- 74.e.** si veda la risposta 2.d. alla Domanda 2.

75. Domanda:



In riferimento alla statistica sinistri fornita nell'ALL. 10 Relazione sul contesto di riferimento_18.05.2022, si chiede se per "Numero di dipendenti che hanno utilizzato il Contratto", si intende coloro che hanno aperto almeno un sinistro oppure se si intenda il numero delle teste sotto rischio.

Risposta

Si conferma.

76. Domanda:

Si chiede di fornire l'ammontare premio imponibile relativo alle ultime 2 annualità per i pacchetti:

- a. Pacchetto standard solo Dipendente
- b. Estensione del Pacchetto Standard al nucleo familiare
- c. Pacchetto Premium solo per dipendente
- d. Pacchetto Executive solo per dipendente
- e. Pacchetto Premium per nucleo familiare (incluso il dipendente)
- f. Pacchetto Executive per nucleo familiare (incluso il dipendente)
- g. Pacchetto Premium per il dipendente + estensione del pacchetto Standard al nucleo familiare
- h. Pacchetto Executive per il dipendente + estensione del pacchetto Standard al nucleo familiare.

Risposta

Si veda la risposta alla Domanda n.6.

77. Domanda:

Si chiede di fornire il premio unitario annuo lordo relativo alle ultime 2 annualità per i pacchetti:

- a. Pacchetto standard
- b. Estensione del Pacchetto Standard al nucleo familiare
- c. Pacchetto Premium solo per dipendente
- d. Pacchetto Executive solo per dipendente
- e. Pacchetto Premium per nucleo familiare (incluso il dipendente)
- f. Pacchetto Executive per nucleo familiare (incluso il dipendente)
- g. Pacchetto Premium per il dipendente + estensione del pacchetto Standard al nucleo familiare
- h. Pacchetto Executive per il dipendente + estensione del pacchetto Standard al nucleo familiare.

**Risposta**

Si veda la risposta alla Domanda n.6.

78. Domanda:

Si chiede conferma che non è prevista l'intermediazione di un Broker e non vi è alcuna commissione di remunerazione.

Risposta

Si conferma. Si veda, inoltre, la risposta alla Domanda n.43.

79. Domanda:

Si chiede se è prevista la partecipazione alla gara in forma di Coassicurazione.

Risposta

Si rappresenta che è possibile partecipare alla presente procedura di gara in Raggruppamento Temporaneo di imprese, così come indicato nel Bando di gara *"La partecipazione è riservata agli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziali...Resta ferma la facoltà di altri soggetti, ivi incluse le Compagnie di assicurazione...di partecipare alla presente procedura in RTI/ aggregazione di imprese di rete/ consorzi ai sensi degli artt. 45 e 48 del d.lgs. n.50/2016 con una "Cassa", rivestendo il ruolo di mandanti.*

80. Domanda:

Si chiede di fornire le differenze tra il capitolato in corso ed il capitolato di gara.

Risposta

Si veda risposta alla domanda 11.

81. Domanda:

Si chiede conferma che la data di decorrenza della copertura sia il 01/01/2023.

Risposta

Si conferma.

82. Domanda:

Si chiede conferma che l'eventuale rinnovo da parte del Committente di ulteriori 24 mesi è vincolante per la Compagnia.

Risposta

Si, si conferma.



83. Domanda:

Si chiede conferma che il premio a base d'asta per capite di € 300,00 non è soggetto a ribasso.

Risposta

Si, si conferma.

Si rappresenta che non saranno fornite risposte di chiarimento ad eventuali quesiti pervenuti oltre la pubblicazione del presente documento.

Il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento

Andrea Valletti

Allegato 1 - "Risposta 2.b. alla Domanda n.2"

Pacchetto Standard

Garanzia	01.07.2020 - 30.06.2021			01.07.2021 - 31.12.2021		
	Assistenza Diretta Riservato	Assistenza Indiretta Riservato	Totale Riservato	Assistenza Diretta Riservato	Assistenza Indiretta Riservato	Totale Riservato
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio	- €	6.603 €	6.603 €	- €	139.361 €	139.361 €
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: pre e post-ricovero	- €	359 €	359 €	- €	1.323 €	1.323 €
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: ospedalizzazione domiciliare	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: diaria sostitutiva	- €	- €	- €	- €	6.710 €	6.710 €
Ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia	- €	13.531 €	13.531 €	- €	50.089 €	50.089 €
Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione	- €	1.381 €	1.381 €	- €	49.430 €	49.430 €
Rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale	- €	2.491 €	2.491 €	- €	102.822 €	102.822 €
Odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro	- €	3.423 €	3.423 €	- €	189.045 €	189.045 €
Odontoiatria: cure dentarie da infortunio	- €	120 €	120 €	- €	- €	- €
Odontoiatria: prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Diagnosi comparativa	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Assistenza infermieristica domiciliare	- €	- €	- €	- €	1.410 €	1.410 €
Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza	- €	1.555 €	1.555 €	- €	60.186 €	60.186 €
Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a	- €	- €	- €	- €	522 €	522 €
Sostegno al reddito per il personale inidoneo	- €	18.000 €	18.000 €	- €	37.547 €	37.547 €
Visita specialistica annua	- €	4.434 €	4.434 €	- €	91.669 €	91.669 €
Coperture all'estero	- €	- €	- €	- €	28 €	28 €
	- €	51.897 €	51.897 €	- €	730.143 €	730.143 €

Pacchetto Premium

Garanzia	01.07.2020 - 30.06.2021			01.07.2021 - 31.12.2021		
	Assistenza Diretta Riservato	Assistenza Indiretta Riservato	Totale Riservato	Assistenza Diretta Riservato	Assistenza Indiretta Riservato	Totale Riservato
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	- €	995 €	995 €	- €	97.061 €	97.061 €
	- €	995 €	995 €	- €	97.061 €	97.061 €

Pacchetto Executive

Garanzia	01.07.2020 - 30.06.2021			01.07.2021 - 31.12.2021		
	Assistenza Diretta Riservato	Assistenza Indiretta Riservato	Totale Riservato	Assistenza Diretta Riservato	Assistenza Indiretta Riservato	Totale Riservato
Fisioterapia da infortunio o patologie particolari	- €	- €	- €	- €	148 €	148 €
Riabilitazione logopedica	- €	- €	- €	- €	1.270 €	1.270 €
Programma di prevenzione diagnostica	- €	- €	- €	- €	- €	- €
	-	-	-	-	1.418 €	1.418 €

Allegato 2 – “Risposta alla Domanda n.3”

Pacchetto Base - Numero di sinistri e relativi costi								
Garanzia	Annualità assicurativa	Assistenza Diretta		Assistenza Indiretta		Totale		
		Sinistri	Costo	Sinistri	Costo	Sinistri	Costo	
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio	01/07/2017 – 30/06/2018	391	511.029,10	43	146.211,37	434	657.240,47	
	01/07/2018 – 30/06/2019	496	576.264,66	23	25.320,68	519	601.585,34	
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: pre e post-ricovero	01/07/2017 – 30/06/2018	40	7.559,83	279	30.679,49	319	38.239,32	
	01/07/2018 – 30/06/2019	349	18.109,54	341	35.186,08	690	53.295,62	
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: ospedalizzazione domiciliare	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	5	6.204,80	5	6.204,80	
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	1	407,68	1	407,68	
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: diaria sostitutiva	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	218	97.447,40	218	97.447,40	
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	222	91.250,02	222	91.250,02	
Ricovero per altri interventi chirurgici a seguito di infortunio o malattia	01/07/2017 – 30/06/2018	484	270.831,30	445	875.051,36	929	1.145.882,66	
	01/07/2018 – 30/06/2019	800	339.352,72	545	1.073.786,85	1.345	1.413.139,57	
Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione	01/07/2017 – 30/06/2018	210	58.116,97	122	36.638,16	332	94.755,13	
	01/07/2018 – 30/06/2019	271	53.088,98	122	15.738,54	393	68.827,52	
Rimborso ticket del Servizio Sanitario Nazionale	01/07/2017 – 30/06/2018	7	710,62	31.825	1.207.685,26	31.832	1.208.395,88	
	01/07/2018 – 30/06/2019	18	1.335,04	31.615	1.187.021,23	31.633	1.188.356,27	

Odontoiatria: visita specialistica e ablazione del tartaro	01/07/2017 – 30/06/2018	3.130	76.841,62	30.013	2.607.128,49	33.143	2.683.970,11
	01/07/2018 – 30/06/2019	3.488	82.498,89	33.914	2.985.669,06	37.402	3.068.167,95
Odontoiatria: cure dentarie da infortunio	01/07/2017 – 30/06/2018	180	4.770,10	3	103,20	183	4.873,30
	01/07/2018 – 30/06/2019	12	695,00	2	147,00	14	842,00
Odontoiatria: prestazioni odontoiatriche effettuate anche a seguito di malattia	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	-	-	-	-
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	1	20,00	1	20,00
Diagnosi comparativa	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	-	-	-	-
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	-	-	-	-
Assistenza infermieristica domiciliare	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	2	85,00	2	85,00
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	-	-	-	-
Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza	01/07/2017 – 30/06/2018	356	36.477,25	2.044	238.021,26	2.400	274.498,51
	01/07/2018 – 30/06/2019	303	60.045,45	2.450	305.921,55	2.753	365.967,00
Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel primo anno di vita del figlio/a	01/07/2017 – 30/06/2018	9	441,60	125	7.937,13	134	8.378,73
	01/07/2018 – 30/06/2019	6	331,30	98	6.795,26	104	7.126,56
Sostegno al reddito per il personale inidoneo	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	13	78.000,00	13	78.000,00
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	13	78.000,00	13	78.000,00

Visita specialistica annua conseguente a malattia o ad infortunio	01/07/2017 – 30/06/2018	879	68.277,22	2.813	196.174,47	3.692	264.451,69
	01/07/2018 – 30/06/2019	1.141	84.047,32	3.166	229.032,28	4.307	313.079,60
Coperture all'estero	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	-	-	-	-
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	-	-	-	-
Viaggio di un familiare all'estero	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	-	-	-	-
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	-	-	-	-
Invio di medicinali urgenti all'estero	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	-	-	-	-
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	-	-	-	-
Rimpatrio sanitario	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	-	-	-	-
	01/07/2018 – 30/06/2019	-	-	-	-	-	-

Pacchetto Silver - Numero di sinistri e relativi costi

Garanzia	Annualità assicurativa	Assistenza Diretta		Assistenza Indiretta		Totale	
		Sinistri	Costo	Sinistri	Costo	Sinistri	Costo
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	01/07/2017 – 30/06/2018	5.805	266.167,28	2.521	214.090,32	8.326	480.257,60
	01/07/2018 – 30/06/2019	10.707	479.237,66	3.615	318.535,13	14.322	797.772,79

Pacchetto Gold - Numero di sinistri e relativi costi

Garanzia	Annualità assicurativa	Assistenza Diretta		Assistenza Indiretta		Totale	
		Sinistri	Costo	Sinistri	Costo	Sinistri	Costo
Fisioterapia da infortunio o patologie particolari	01/07/2017 – 30/06/2018	4	1.194,00	6	572,00	10	1.766,00
	01/07/2018 – 30/06/2019	37	1.242,20	1	160,00	38	1.402,20
Riabilitazione logopedica	01/07/2017 – 30/06/2018	-	-	16	960,00	16	960,00
	01/07/2018 – 30/06/2019	13	1.385,80	7	1.340,00	20	2.725,80
Programma di prevenzione diagnostica	01/07/2017 – 30/06/2018	1.282	89.702,99	-	-	1.282	89.702,99
	01/07/2018 – 30/06/2019	187	2.271,13	-	-	187	2.271,13

Allegato 3 – “Risposta alla Domanda n. 4”

Pacchetto Premium

Garanzia	01.07.2020 - 30.06.2021									01.07.2021 - 31.12.2021								
	Assistenza Diretta			Assistenza Indiretta			Totale			Assistenza Diretta			Assistenza Indiretta			Totale		
	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato
Prestazioni oculistiche	723	49.044 €	- €	1	150 €	- €	724	49.194 €	- €	489	30.178 €	- €	23	750 €	3.710 €	512	30.928 €	3.710 €
Fecondazione eterologa	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Controllo pediatrico	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Cure termali minori	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Visite di controllo	7	648 €	- €	-	- €	- €	7	648 €	- €	5	363 €	- €	-	- €	- €	5	363 €	- €
Vaccinazione antinfluenzale	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Immunonutrizione	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	36	- €	23.082 €	36	- €	23.082 €
Monitoraggio remoto del paziente	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Prestazioni per invalidità permanente	-	- €	- €	5	460 €	- €	5	460 €	- €	-	- €	- €	3	1.300 €	- €	3	1.300 €	- €
Stati di non autosufficienza consolidata/permanente	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Cellule staminali per patologie oncologiche	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Second opinion internazionale	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Indennità di maternità/paternità	-	- €	- €	1.005	102.800 €	60 €	1.005	102.800 €	60 €	-	- €	- €	607	40.200 €	10.674 €	607	40.200 €	10.674 €
Servizio di tutoring	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Psicoterapia	42	3.117 €	- €	725	66.469 €	70 €	767	69.586 €	70 €	82	4.977 €	- €	398	34.728 €	4.403 €	480	39.705 €	4.403 €
Disturbi specifici apprendimento del minore (DSA)	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Accesso al network a tariffe agevolate	107	- €	- €	-	- €	- €	107	- €	- €	81	- €	- €	-	- €	- €	81	- €	- €
	879	52.809 €	- €	1.736	169.879 €	130 €	2.615	222.688 €	130 €	657	35.518 €	- €	1.067	76.978 €	41.870 €	1.724	112.496 €	41.870 €

Pacchetto Executive

Garanzia	01.07.2020 - 30.06.2021									01.07.2021 - 31.12.2021								
	Assistenza Diretta			Assistenza Indiretta			Totale			Assistenza Diretta			Assistenza Indiretta			Totale		
	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato	num. Danni	Pagato	Riservato
Trisomia 21 - Sindrome di down (figli di Assistiti)	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Pacchetto parto	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Prevenzione Herpes Zoster	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Prevenzione Meningococco A, C, W e Y	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Prevenzione posturale (una visita fisiatrica con valutazione posturologica)	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Promozione dell'attività sportiva (solo per i figli Assistiti minorenni)	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Indennizzo a seguito di malattie o infortuni che richiedano un'astensione dal lavoro superiore ai 180 giorni	-	- €	- €	1	- €	- €	1	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Stati di non autosufficienza temporanea	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
Servizi assistenza globale integrata, organizzazione di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €
	-	- €	- €	1	- €	- €	1	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €	-	- €	- €

Allegato 4 – “Risposta alla Domanda n.11”

Garanzia	Condizioni	Attuale Piano vigente	Capitolato tecnico
Grandi interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio: retta di degenza, accompagnamento, assistenza infermieristica e altre prestazioni	Massimale annuo/ad evento	€ 450.000,00	€ 350.000,00
(Ricovero per) altri interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio	Massimale annuo/a persona	€ 10.000,00	€ 5.000,00
	Assistenza Diretta	nessuno scoperto	10% scoperto
	Assistenza Indiretta/SSN - indennizzo forfettario	€ 2.000,00/evento <i>* solo per ricovero, anche in day hospital, per specifici interventi</i>	€ 500,00/evento
Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione a seguito di malattia o infortunio	Massimale annuo/a persona	€ 450.000,00	€ 350.000,00
Tutela della genitorialità: prestazioni in gravidanza	Massimale annuo/a persona	€ 3.500,00	€ 2.000,00
	Assistenza Indiretta	nessuno scoperto	10% scoperto
Tutela della genitorialità: prestazioni diagnostiche e terapeutiche nel 1° anno di vita del figlio/a	Massimale annuo/a figlio	€ 300,00/figlio	€ 200,00/figlio
Sostegno al reddito per il personale inidoneo	Indennità	€ 6.000,00 (esercizio) + € 1.000,00 (altre mansioni)	€ 1.500,00 (esercizio) + € 500,00 (altre mansioni)

Si specifica, inoltre, che nel Capitolato Tecnico sono previste, nell’ambito del Pacchetto FS Salute, delle garanzie - a base d’asta e/o migliorative - che nell’attuale Piano Sanitario sono incluse nei Pacchetti Aggiuntivi Premium ed Executive (visite specialistiche e accertamenti diagnostici a seguito di malattia o infortunio, prestazioni di psicoterapia, prestazioni oculistiche, prestazioni fisioterapiche, riabilitazione logopedica, programma di prevenzione diagnostica, indennità di maternità o paternità).