PROCEDURA NEGOZIATA IN MODALITÀ TELEMATICA SENZA PREVIA PUBBLICAZIONE DI UN BANDO DI GARA, AI SENSI DEL COMBINATO DISPOSTO DI CUI AGLI ARTT. 58 E 63 DEL D. LGS. N. 50/2016 E SS. MM. II. E 1, COMMA 2, LETT. B), DEL D.L. 16 LUGLIO 2020 N. 76 - CONVERTITO CON MODIFICHE NELLA LEGGE 11 SETTEMBRE 2020 N. 120, MODIFICATO CON LEGGE N. 108/2021 -, PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA IN FORMA COLLETTIVA - ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE - PER IL PERSONALE DI RSM. CIG: 90367967F7 - CUI: S10735431008202000006

Data: martedì 15 febbraio 2022

 DOMANDA

1) di avere copia del capitolato in corso e sapere se dal 2018 ad oggi sono intervenute modifiche al normativo;

RISPOSTA: Come già rappresentato nei precedenti riscontri ai quesiti, RSM non ha in corso una copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria, pertanto non è possibile inviare il capitolato richiesto.

2) di conoscere l'Assicuratore uscente;

RISPOSTA: RSM non ha un assicuratore uscente poiché non ha attiva una copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria.

3) i premi delle annualità 2018-2019-2020-2021,con indicazione del valore dei premi per testa(titolare/nucleo);

RISPOSTA: si rimanda al riscontro al quesito n. 1.

RISPOSTA

1) di avere copia del capitolato in corso e sapere se dal 2018 ad oggi sono intervenute modifiche al normativo;

RISPOSTA: Come già rappresentato nei precedenti riscontri ai quesiti, RSM non ha in corso una copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria, pertanto non è possibile inviare il capitolato richiesto.

2) di conoscere l'Assicuratore uscente;

RISPOSTA: RSM non ha un assicuratore uscente poiché non ha attiva una copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria.

3) i premi delle annualità 2018-2019-2020-2021,con indicazione del valore dei premi per testa(titolare/nucleo);

RISPOSTA: si rimanda al riscontro al quesito n. 1.

 Data: lunedì 14 febbraio 2022

 DOMANDA

1) Ai fini di una corretta valutazione del rischio si chiede di pubblicare un spaccato con i costi dei sinistri, divisi per garanzia, per le annualità 2018, 2019, 2020 e 2021.

RISPOSTA: si veda risposta al quesito del 10/02/2022

2) Si chiede all’Ente se è presente un intermediario assicurativo che collaborerà all'espletamento della copertura. Nel caso sia presente l'intermediario, a quanto ammonta l'aliquota provigionale che deve essergli corrisposta?

RISPOSTA: No non esiste nessun intermediario assicurativo che collaborerà all’espletamento della copertura.

3) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, relativamente alla popolazione da assicurare in futuro, si chiede di pubblicare il numero di familiari attualmente aderenti al piano sanitario. Inoltre sempre in riferimento ai familiari si chiede se sia previsto un minimo di adesione.

RISPOSTA: Nell’ultima copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria complementare per il personale di RSM il numero complessivo dei familiari che avevano aderito inizialmente al piano sanitario era di n. 99. L’estensione ai familiari non prevedeva un minimo di adesione.

4) All’art. 1 “Oggetto del capitolato” al paragrafo “III. Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Private accreditate”, si legge: “L’Aggiudicatario provvede al rimborso integrale (100%) all’assistito dei Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate. La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 300,00 (euro trecento/00) annue per assistito”. Si chiede conferma che i ticket siano riferiti alle sole prestazioni incluse ai precedenti punti I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione e II. Visite Specialistiche e Ambulatoriali.

RISPOSTA: Si conferma che i ticket sono riferiti alle sole prestazioni incluse ai precedenti punti I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione e II. Visite Specialistiche e Ambulatoriali.

5) All’art. 1 “Oggetto del capitolato” al paragrafo “I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione”, si legge: “(…) L’Alta Diagnostica e le Terapie di Alta specializzazione erogata all’Assicurato, effettuate in strutture convenzionate, vengono rimborsate al 60% direttamente dall’Aggiudicatario alle strutture stesse solo in forma diretta, con l’applicazione di una franchigia a carico del Contraente/Assicurato pari ad euro 60,00 (euro sessanta/00) a prestazione”. Si chiede conferma che per la garanzia in oggetto siano previste le sole strutture convenzionate e che il pagamento avvenga in forma diretta.

RISPOSTA: Si conferma che le garanzie, previste al paragrafo “I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione” dell’art. 1 “Oggetto del capitolato”, sono previste per le sole strutture convenzionate e in forma diretta.

6. All’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 1 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico” si legge: “(...) h) Maggior comfort alberghiero in ricoveri SSN per grande intervento chirurgico: qualora l’assistito scelga di avvalersi del Sistema Sanitario Nazionale per un ricovero al fine di sottoporsi ad grande intervento chirurgico, avrà diritto a un’indennità di rimborso a notte fino ad euro 100,00 (euro cento/00) per un massimo di 10 giorni e un massimo rimborsabile di euro 1.500 ( euro millecinquecento/00)”. Si chiede conferma che il massimale di € 1.500,00 sia da applicare per anno, mentre il massimo di 10 giorni sia da applicare per evento.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 1 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico”, il massimale di € 1.500,00 è da riferirsi all’anno, mentre il massimo di 10 giorni sia da applicare per evento.

7. All’art. 8 “Obbligo di comunicazioni sinistri” si legge “(…) A tal fine l’Affidatario sarà obbligato a fornire inoltre un report trimestrale, non nominativo, contente i dati e le informazioni richieste. In caso di ritardo nell’invio del report trimestrale sarà prevista una penale pari a € 50 per ogni giorno di ritardo”. Si chiede di specificare quali informazioni fornire nel report trimestrale. Inoltre si chiede conferma della possibilità di inviare il report trimestrale entro 30 giorni dalla fine del trimestre.

RISPOSTA: Le informazioni richieste nel report trimestrale non nominativo sono quelle legate ad ogni sinistro a titolo esemplificativo: dettaglio del singolo sinistro aperto ed indicazione della data di apertura del sinistro, garanzia utilizzata, categoria assicurato (titolare/componente del nucleo) importo richiesto, importo liquidato, modalità di liquidazione diretta / indiretta e struttura sanitaria del SSN o esterna. Si conferma che ragionevolmente il report trimestrale afferente l’ultimo trimestre può essere trasmesso entro 30 giorni dalla fine del trimestre.

8. Si chiede conferma che nel caso di estensione all’intero nucleo familiare, i massimali delle singole garanzie siano da intendersi per nucleo.

RISPOSTA: Si conferma che nel caso di estensione al nucleo familiare i massimali delle singole garanzie sono applicabili a ciascun membro del nucleo familiare.

9. All’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, si legge: “L’Aggiudicatario provvede al pagamento delle spese per prestazioni diagnostiche ambulatoriali, quali ecografie, elettrocardiogramma, esami audiometrici, elettromiografia, esami radiologici, esami vestibolari, colonscopie, gastroscopie, mammografie, spirometrie. (…)”. Si chiede conferma che le prestazioni da intendersi in copertura siano solo quelle riportate nel paragrafo.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, le prestazioni da intendersi in copertura siano solo quelle riportate nel suddetto paragrafo.

10. All’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, si legge: “ (…) Per la forma indiretta rimborso al 50% con minimo non indennizzabile per visita pari a euro 60,00 (euro sessanta/00). La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 300,00 (euro trecento/00) annue per assistito in forma diretta/indiretta”. Si chiede conferma “per visita” sia un refuso e si voglia intendere “per prestazione”.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, che con la parola “per visita” si intendeva “per prestazione”.

11. All’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 1 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico” si legge: “(...) a) Rette di degenza notturna: Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. La retta di degenza comprende il costo giornaliero per il soggiorno in Istituto di cura e per l’ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva. Fino a 30,00 (euro trenta/00) euro al giorno per massimo 30 giorni in forma indiretta. b) Rette di Accompagnamento: Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera. Fino a euro 50,00 (euro cinquanta/00) al giorno per massimo 30 giorni, in forma indiretta. c) Assistenza infermieristica: Assistenza infermieristica privata individuale. Limite della garanzia compreso nel massimale annuo. Fino a euro 50,00 (euro cinquanta/00) per un massimo di 30 giorni forma diretta e indiretta”. Si chiede conferma che i massimali previsti nei punti a), b) e c) debbano intendersi per anno.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 1 Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico”, i massimali sono da intendersi per evento fino al limite della garanzia per un massimale annuo per evento in forma diretta euro 150.000,00 (euro centocinquantamila/00) in forma indiretta per singolo assistito euro 40.000,00 (euro quarantamila/00).

12. All’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 9 – Pacchetto Maternità” si legge: “L’aggiudicatario prevede il rimborso delle spese sostenute durante la gravidanza per un massimo rimborsabile di euro 500,00 (euro cinquecento/00). Ecografie massimo 3 per gravidanza rimborso 100% in forma diretta mentre in forma indiretta fino a euro 120,00 (euro centoventi/00). Per Screening Prenatale per le Aneuploidie Fetali in forma indiretta massimo uno per gravidanza fino a euro 200,00 (euro duecento/00) in alternativa alle ecografie. Rimborso per raccolta e conservazione staminali per un massimo di euro 200,00 (euro duecento/00). indennità ricovero parto pari a euro 30,00 (euro quaranta/00) per notte per un massimo di 7 notti”. Si chiede conferma che il massimale di 500 € debba intendersi per anno, inoltre si chiede anche conferma che l’indennità ricovero parto sia ricompresa nel massimale dei 500 €.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 9 – Pacchetto Maternità”, il massimale di euro 500 è da intendersi per evento (evento da intendersi lo stato gravidanza). L’indennità di ricovero parto è compresa nel suddetto massimale.

13. Si chiede conferma che il trasporto dell’assistito in autoambulanza, “VOCE 6 – Trasporto sanitario” dell’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti”, debba essere previsto solo in caso di ricovero in Istituto di cura per Grande intervento chirurgico;

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 6 – Trasporto sanitario”, il trasporto dell’assistito in autoambulanza è previsto solo in caso di ricovero in Istituto di cura per Grande intervento chirurgico ove l’assistito si intrasportabile con mezzi propri.

14. L’articolo 10 del Capitolato Tecnico, rubricato Riservatezza, Governance e Protocollo di Integrità, al comma 1 specifica che “Ai fini dell’esecuzione dei servizi previsti nel presente capitolato, l’Aggiudicatario tratterà i dati personali di cui Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. è titolare per conto e su incarico della stessa e in accordo alle istruzioni e regole contenute nell’accordo sul trattamento dei dati personali”. Il comma 2 dello stesso articolo aggiunge che “Altresì, nell’esecuzione del servizio oggetto del presente capitolato, ciascuna parte potrà accedere a, trattare e/o ricevere i dati personali dell’altra parte in qualità di autonomo titolare del trattamento per il perseguimento di finalità sue proprie” e che RSM e l’Aggiudicatario “provvederanno alla sottoscrizione digitale anche dell’Atto di nomina a Responsabile Esterno”. Atteso l’apparente contrasto tra le disposizioni, che prevedono qualità diverse nel trattamento dei dati personali in capo all’operatore economico aggiudicatario, si chiede di indicare in dettaglio i dati personali di cui la Stazione Appaltante è titolare e i dati rispetto ai quali l’Aggiudicataria sarà nominata responsabile del trattamento.

RISPOSTA: In merito al quesito afferente l’art. 10 si rappresenta che l’aggiudicatario tratterà nella qualità di responsabile del trattamento i dati personali che tratterà per conto e su incarico di RSM per dare esecuzione al contratto. Mentre l'aggiudicatario tratterà nella qualità di titolare autonomo i dati personali che riguarderanno l'eventuale rapporto contrattuale con RSM ma che non verranno trattati per conto e su incarico di RSM (a titolo esemplificativo e non esaustivo il fornitore potrebbe trattare i riferimenti del legale rappresentante per eventuali finalità di archiviazione).

15. All’art.3.2 “IMPORTO DELL’APPALTO” si legge: “(...) I concorrenti prendono atto -sin dalla partecipazione

alla procedura di gara - del fatto che RSM è imprescindibilmente tenuta alla partecipazione al fondo di categoria, previsto ai sensi dell’art. 38 let. b), dell’A.N. del 28/11/2015 CCNL Autoferrotranvieri-internavigatori. (...)”. Poiché nel capitolato non è previsto un articolo di “esclusioni dall’assicurazione”, si chiede conferma che valgano quelle della copertura assicurativa sanitaria Fondo Sanitario TPL Salute.

RISPOSTA: La domanda non è formulata in maniera comprensibile

16. Il disciplinare di gara, alla pagina 23, richiede in seno al DGUE di “dichiarare il possesso del requisito relativo all’idoneità professionale di cui al paragrafo 7.1. del presente Disciplinare” e il “possesso dei requisiti Tecnico professionali di cui al punto precedente punto 7.3.”. Atteso che il punto 7.3. del disciplinare di gara, in riferimento ai requisiti di capacità tecnico-professionale, specifica che essi sono “non previsti”, si chiede di confermare che la richiesta di dichiarare il possesso dei requisiti tecnico professionali in seno al DGUE costituisca mero refuso;

RISPOSTA: Non essendo previsti requisiti tecnico professionali specifici, la dichiarazione è relativa soltanto ai requisiti ivi disciplinati.

17. Il paragrafo 15.4.1. del disciplinare di gara richiede di caricare a sistema “Scansione del PASSoe”. Si chiede di confermare che sia possibile caricare il PASSoe in formato .pdf prodotto dal sistema telematico dell’ANAC e firmato digitalmente in luogo di una scansione del cartaceo stampato.

RISPOSTA: Risposta affermativa. Non è comunque obbligatoria la sottoscrizione digitale.

18. si chiede di indicare il numero delle teste assicurate per gli anni di polizza 2018-2019-2020-2021, con l’indicazione dei titolari e le numeriche delle estensioni facoltative per il nucleo;

RISPOSTA: Il numero dei dipendenti (con esclusione di dirigenti e di giornalisti) assicurati da una copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria complementare per il periodo 2018-2019 e fino ad agosto 2020 è pari all’incirca all’attuale forza presente all’art. 1 “Oggetto del capitolato” del capitolato di gara. Al contempo per il numero delle estensioni facoltative si rimanda al riscontro dei quesiti precedenti.

19. i dati dei sinistri delle annualità 2018-2019-2020-2021;

RISPOSTA: si veda risposta al quesito del 10/02/2022

20. i dati dei sinistri granulari per le annualità 2018-2019-2020-2021, con dettaglio al singolo sinistro ed indicazione di: anno del sinistro, categoria colpita (titolare/componente nucleo), garanzia colpita, importo richiesto, importo liquidato; rete/ fuori rete/SSN;

RISPOSTA: si veda risposta al quesito del 10/02/2022

21. Inoltre con la presente, chiediamo se è possibile chiarire il criterio di liquidazione, rimborso, franchigia per la garanzia Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione, l’interpretazione è la seguente: sull’assicurato vi è una franchigia di 60€, qualora residui un importo maggiore alle 60€, la compagnia andrà a rimborsare il residuale al 60%. Si conferma? In caso contrario, potreste indicare cortesemente come opera?

RISPOSTA: Si conferma quanto riportato all’art. 1 “Oggetto del capitolato” al paragrafo “I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione” del capitolato. Tutte le prestazioni di Alta Diagnostica e le Terapie di Alta specializzazione erogate all’Assicurato, ed effettuate in strutture convenzionate, vengono rimborsate al 60% direttamente dall’Aggiudicatario alle strutture stesse solo in forma diretta. L’importo da rimborsare è determinato sulla base di una franchigia di euro 60,00 che paga il contraente/assicurato, qualora l’importo della prestazione residua sia maggiore alle euro 60,00, l’aggiudicatario andrà a rimborsare il residuale al 60%.

RISPOSTA

Ai fini di una corretta valutazione del rischio si chiede di pubblicare un spaccato con i costi dei sinistri, divisi per garanzia, per le annualità 2018, 2019, 2020 e 2021.

RISPOSTA: si veda risposta al quesito del 10/02/2022

2) Si chiede all’Ente se è presente un intermediario assicurativo che collaborerà all'espletamento della copertura. Nel caso sia presente l'intermediario, a quanto ammonta l'aliquota provigionale che deve essergli corrisposta?

RISPOSTA: No non esiste nessun intermediario assicurativo che collaborerà all’espletamento della copertura.

3) Ai fini di una corretta valutazione del rischio, relativamente alla popolazione da assicurare in futuro, si chiede di pubblicare il numero di familiari attualmente aderenti al piano sanitario. Inoltre sempre in riferimento ai familiari si chiede se sia previsto un minimo di adesione.

RISPOSTA: Nell’ultima copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria complementare per il personale di RSM il numero complessivo dei familiari che avevano aderito inizialmente al piano sanitario era di n. 99. L’estensione ai familiari non prevedeva un minimo di adesione.

4) All’art. 1 “Oggetto del capitolato” al paragrafo “III. Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Private accreditate”, si legge: “L’Aggiudicatario provvede al rimborso integrale (100%) all’assistito dei Ticket per prestazioni sanitarie fruite presso Strutture Sanitarie pubbliche o private accreditate. La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 300,00 (euro trecento/00) annue per assistito”. Si chiede conferma che i ticket siano riferiti alle sole prestazioni incluse ai precedenti punti I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione e II. Visite Specialistiche e Ambulatoriali.

RISPOSTA: Si conferma che i ticket sono riferiti alle sole prestazioni incluse ai precedenti punti I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione e II. Visite Specialistiche e Ambulatoriali.

5) All’art. 1 “Oggetto del capitolato” al paragrafo “I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione”, si legge: “(…) L’Alta Diagnostica e le Terapie di Alta specializzazione erogata all’Assicurato, effettuate in strutture convenzionate, vengono rimborsate al 60% direttamente dall’Aggiudicatario alle strutture stesse solo in forma diretta, con l’applicazione di una franchigia a carico del Contraente/Assicurato pari ad euro 60,00 (euro sessanta/00) a prestazione”. Si chiede conferma che per la garanzia in oggetto siano previste le sole strutture convenzionate e che il pagamento avvenga in forma diretta.

RISPOSTA: Si conferma che le garanzie, previste al paragrafo “I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione” dell’art. 1 “Oggetto del capitolato”, sono previste per le sole strutture convenzionate e in forma diretta.

6. All’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 1 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico” si legge: “(...) h) Maggior comfort alberghiero in ricoveri SSN per grande intervento chirurgico: qualora l’assistito scelga di avvalersi del Sistema Sanitario Nazionale per un ricovero al fine di sottoporsi ad grande intervento chirurgico, avrà diritto a un’indennità di rimborso a notte fino ad euro 100,00 (euro cento/00) per un massimo di 10 giorni e un massimo rimborsabile di euro 1.500 ( euro millecinquecento/00)”. Si chiede conferma che il massimale di € 1.500,00 sia da applicare per anno, mentre il massimo di 10 giorni sia da applicare per evento.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 1 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico”, il massimale di € 1.500,00 è da riferirsi all’anno, mentre il massimo di 10 giorni sia da applicare per evento.

7. All’art. 8 “Obbligo di comunicazioni sinistri” si legge “(…) A tal fine l’Affidatario sarà obbligato a fornire inoltre un report trimestrale, non nominativo, contente i dati e le informazioni richieste. In caso di ritardo nell’invio del report trimestrale sarà prevista una penale pari a € 50 per ogni giorno di ritardo”. Si chiede di specificare quali informazioni fornire nel report trimestrale. Inoltre si chiede conferma della possibilità di inviare il report trimestrale entro 30 giorni dalla fine del trimestre.

RISPOSTA: Le informazioni richieste nel report trimestrale non nominativo sono quelle legate ad ogni sinistro a titolo esemplificativo: dettaglio del singolo sinistro aperto ed indicazione della data di apertura del sinistro, garanzia utilizzata, categoria assicurato (titolare/componente del nucleo) importo richiesto, importo liquidato, modalità di liquidazione diretta / indiretta e struttura sanitaria del SSN o esterna. Si conferma che ragionevolmente il report trimestrale afferente l’ultimo trimestre può essere trasmesso entro 30 giorni dalla fine del trimestre.

8. Si chiede conferma che nel caso di estensione all’intero nucleo familiare, i massimali delle singole garanzie siano da intendersi per nucleo.

RISPOSTA: Si conferma che nel caso di estensione al nucleo familiare i massimali delle singole garanzie sono applicabili a ciascun membro del nucleo familiare.

9. All’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, si legge: “L’Aggiudicatario provvede al pagamento delle spese per prestazioni diagnostiche ambulatoriali, quali ecografie, elettrocardiogramma, esami audiometrici, elettromiografia, esami radiologici, esami vestibolari, colonscopie, gastroscopie, mammografie, spirometrie. (…)”. Si chiede conferma che le prestazioni da intendersi in copertura siano solo quelle riportate nel paragrafo.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, le prestazioni da intendersi in copertura siano solo quelle riportate nel suddetto paragrafo.

10. All’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, si legge: “ (…) Per la forma indiretta rimborso al 50% con minimo non indennizzabile per visita pari a euro 60,00 (euro sessanta/00). La garanzia è prestata fino ad un massimo di euro 300,00 (euro trecento/00) annue per assistito in forma diretta/indiretta”. Si chiede conferma “per visita” sia un refuso e si voglia intendere “per prestazione”.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 4 – Prestazioni Diagnostiche ambulatoriali”, che con la parola “per visita” si intendeva “per prestazione”.

11. All’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 1 - Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico” si legge: “(...) a) Rette di degenza notturna: Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. La retta di degenza comprende il costo giornaliero per il soggiorno in Istituto di cura e per l’ordinaria assistenza medico-infermieristica, sia ordinaria che intensiva. Fino a 30,00 (euro trenta/00) euro al giorno per massimo 30 giorni in forma indiretta. b) Rette di Accompagnamento: Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o, in caso di indisponibilità ospedaliera, in struttura alberghiera. Fino a euro 50,00 (euro cinquanta/00) al giorno per massimo 30 giorni, in forma indiretta. c) Assistenza infermieristica: Assistenza infermieristica privata individuale. Limite della garanzia compreso nel massimale annuo. Fino a euro 50,00 (euro cinquanta/00) per un massimo di 30 giorni forma diretta e indiretta”. Si chiede conferma che i massimali previsti nei punti a), b) e c) debbano intendersi per anno.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 1 Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico”, i massimali sono da intendersi per evento fino al limite della garanzia per un massimale annuo per evento in forma diretta euro 150.000,00 (euro centocinquantamila/00) in forma indiretta per singolo assistito euro 40.000,00 (euro quarantamila/00).

12. All’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti” alla “VOCE 9 – Pacchetto Maternità” si legge: “L’aggiudicatario prevede il rimborso delle spese sostenute durante la gravidanza per un massimo rimborsabile di euro 500,00 (euro cinquecento/00). Ecografie massimo 3 per gravidanza rimborso 100% in forma diretta mentre in forma indiretta fino a euro 120,00 (euro centoventi/00). Per Screening Prenatale per le Aneuploidie Fetali in forma indiretta massimo uno per gravidanza fino a euro 200,00 (euro duecento/00) in alternativa alle ecografie. Rimborso per raccolta e conservazione staminali per un massimo di euro 200,00 (euro duecento/00). indennità ricovero parto pari a euro 30,00 (euro quaranta/00) per notte per un massimo di 7 notti”. Si chiede conferma che il massimale di 500 € debba intendersi per anno, inoltre si chiede anche conferma che l’indennità ricovero parto sia ricompresa nel massimale dei 500 €.

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 9 – Pacchetto Maternità”, il massimale di euro 500 è da intendersi per evento (evento da intendersi lo stato gravidanza). L’indennità di ricovero parto è compresa nel suddetto massimale.

13. Si chiede conferma che il trasporto dell’assistito in autoambulanza, “VOCE 6 – Trasporto sanitario” dell’art.12 “Prestazioni aggiuntive premianti”, debba essere previsto solo in caso di ricovero in Istituto di cura per Grande intervento chirurgico;

RISPOSTA: Si conferma che, all’art. 12 “Prestazioni aggiuntive premianti” al paragrafo “VOCE 6 – Trasporto sanitario”, il trasporto dell’assistito in autoambulanza è previsto solo in caso di ricovero in Istituto di cura per Grande intervento chirurgico ove l’assistito si intrasportabile con mezzi propri.

14. L’articolo 10 del Capitolato Tecnico, rubricato Riservatezza, Governance e Protocollo di Integrità, al comma 1 specifica che “Ai fini dell’esecuzione dei servizi previsti nel presente capitolato, l’Aggiudicatario tratterà i dati personali di cui Roma Servizi per la Mobilità S.r.l. è titolare per conto e su incarico della stessa e in accordo alle istruzioni e regole contenute nell’accordo sul trattamento dei dati personali”. Il comma 2 dello stesso articolo aggiunge che “Altresì, nell’esecuzione del servizio oggetto del presente capitolato, ciascuna parte potrà accedere a, trattare e/o ricevere i dati personali dell’altra parte in qualità di autonomo titolare del trattamento per il perseguimento di finalità sue proprie” e che RSM e l’Aggiudicatario “provvederanno alla sottoscrizione digitale anche dell’Atto di nomina a Responsabile Esterno”. Atteso l’apparente contrasto tra le disposizioni, che prevedono qualità diverse nel trattamento dei dati personali in capo all’operatore economico aggiudicatario, si chiede di indicare in dettaglio i dati personali di cui la Stazione Appaltante è titolare e i dati rispetto ai quali l’Aggiudicataria sarà nominata responsabile del trattamento.

RISPOSTA: In merito al quesito afferente l’art. 10 si rappresenta che l’aggiudicatario tratterà nella qualità di responsabile del trattamento i dati personali che tratterà per conto e su incarico di RSM per dare esecuzione al contratto. Mentre l'aggiudicatario tratterà nella qualità di titolare autonomo i dati personali che riguarderanno l'eventuale rapporto contrattuale con RSM ma che non verranno trattati per conto e su incarico di RSM (a titolo esemplificativo e non esaustivo il fornitore potrebbe trattare i riferimenti del legale rappresentante per eventuali finalità di archiviazione).

15. All’art.3.2 “IMPORTO DELL’APPALTO” si legge: “(...) I concorrenti prendono atto -sin dalla partecipazione

alla procedura di gara - del fatto che RSM è imprescindibilmente tenuta alla partecipazione al fondo di categoria, previsto ai sensi dell’art. 38 let. b), dell’A.N. del 28/11/2015 CCNL Autoferrotranvieri-internavigatori. (...)”. Poiché nel capitolato non è previsto un articolo di “esclusioni dall’assicurazione”, si chiede conferma che valgano quelle della copertura assicurativa sanitaria Fondo Sanitario TPL Salute.

RISPOSTA: La domanda non è formulata in maniera comprensibile

16. Il disciplinare di gara, alla pagina 23, richiede in seno al DGUE di “dichiarare il possesso del requisito relativo all’idoneità professionale di cui al paragrafo 7.1. del presente Disciplinare” e il “possesso dei requisiti Tecnico professionali di cui al punto precedente punto 7.3.”. Atteso che il punto 7.3. del disciplinare di gara, in riferimento ai requisiti di capacità tecnico-professionale, specifica che essi sono “non previsti”, si chiede di confermare che la richiesta di dichiarare il possesso dei requisiti tecnico professionali in seno al DGUE costituisca mero refuso;

RISPOSTA: Non essendo previsti requisiti tecnico professionali specifici, la dichiarazione è relativa soltanto ai requisiti ivi disciplinati.

17. Il paragrafo 15.4.1. del disciplinare di gara richiede di caricare a sistema “Scansione del PASSoe”. Si chiede di confermare che sia possibile caricare il PASSoe in formato .pdf prodotto dal sistema telematico dell’ANAC e firmato digitalmente in luogo di una scansione del cartaceo stampato.

RISPOSTA: Risposta affermativa. Non è comunque obbligatoria la sottoscrizione digitale.

18. si chiede di indicare il numero delle teste assicurate per gli anni di polizza 2018-2019-2020-2021, con l’indicazione dei titolari e le numeriche delle estensioni facoltative per il nucleo;

RISPOSTA: Il numero dei dipendenti (con esclusione di dirigenti e di giornalisti) assicurati da una copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria complementare per il periodo 2018-2019 e fino ad agosto 2020 è pari all’incirca all’attuale forza presente all’art. 1 “Oggetto del capitolato” del capitolato di gara. Al contempo per il numero delle estensioni facoltative si rimanda al riscontro dei quesiti precedenti.

19. i dati dei sinistri delle annualità 2018-2019-2020-2021;

RISPOSTA: si veda risposta al quesito del 10/02/2022

20. i dati dei sinistri granulari per le annualità 2018-2019-2020-2021, con dettaglio al singolo sinistro ed indicazione di: anno del sinistro, categoria colpita (titolare/componente nucleo), garanzia colpita, importo richiesto, importo liquidato; rete/ fuori rete/SSN;

RISPOSTA: si veda risposta al quesito del 10/02/2022

21. Inoltre con la presente, chiediamo se è possibile chiarire il criterio di liquidazione, rimborso, franchigia per la garanzia Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione, l’interpretazione è la seguente: sull’assicurato vi è una franchigia di 60€, qualora residui un importo maggiore alle 60€, la compagnia andrà a rimborsare il residuale al 60%. Si conferma? In caso contrario, potreste indicare cortesemente come opera?

RISPOSTA: Si conferma quanto riportato all’art. 1 “Oggetto del capitolato” al paragrafo “I. Alta Diagnostica e Terapie di Alta Specializzazione” del capitolato. Tutte le prestazioni di Alta Diagnostica e le Terapie di Alta specializzazione erogate all’Assicurato, ed effettuate in strutture convenzionate, vengono rimborsate al 60% direttamente dall’Aggiudicatario alle strutture stesse solo in forma diretta. L’importo da rimborsare è determinato sulla base di una franchigia di euro 60,00 che paga il contraente/assicurato, qualora l’importo della prestazione residua sia maggiore alle euro 60,00, l’aggiudicatario andrà a rimborsare il residuale al 60%.

 Data: giovedì 10 febbraio 2022

 DOMANDA

1 chiediamo di poter visionare la statistica sinistri

2 avanziamo la richiesta al fine di ottenere la statistica sinistri relativa alla gara in oggetto (almeno 5 anni di osservazione) con il dettaglio status (aperto, chiuso, riserva) e l'ammontare dell'eventuale risarcimento.

Se possibile in formato EXCELL.

RISPOSTA

Alle domande sostanzialmente identiche, rispondiamo:

L'unica documentazione in possesso della stazione appaltante e afferente ai sinistri è stata allegata al capitolato "allegato 2 tabella di rischio", in quanto la scrivente, negli ultimi 3 semestri, non ha avuto attivo un servizio di copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria complementare per il personale di RSM.