

RISPOSTE AI QUESITI / RICHIESTE DI INFORMAZIONE PERVENUTE

Domanda: Ci confermate che le condizioni assicurative sono rimaste invariate negli anni? In caso negativo, chiediamo di poter avere l'indicazione delle eventuali modifiche che si sono verificate nel corso degli anni.

Risposta: Dal 2009 ad oggi il Piano di Assistenza Sanitaria ha subito alcune variazioni, le principali riguardano la suddivisione dei piani sanitari ed i soggetti assicurati.

Dal 2009 al 30 giugno 2011 erano previsti 5 Piani di Assistenza: Assistenza 1 rivolta ai dipendenti e relativo nucleo, contenente le garanzie di base (Ricoveri, Prestazioni di alta diagnostica e prestazioni specialistiche, Protesi ortopediche e Cure oncologiche); Assistenza 2 rivolta al personale in quiescenza – Assistenza 3 che elevava i limiti di assistenza ad integrazione delle precedenti Assistenza e prevedeva alcune garanzie aggiuntive tra cui le principali sono la medicina preventiva, le dentarie, le pediatriche e le oculistiche; Assistenza 4 era rivolta al personale comandato, distaccato o fuori ruolo in quiescenza; la Assistenza 5 ad integrazione delle altre Assistenze prevedeva le garanzie trattamenti Fisioterapici e Cure Oncologiche.

Dal 1 luglio 2011 al 31 dicembre 2012 – Il Piano di Assistenza prevedeva: la Assistenza 1 rivolta ai dipendenti in servizio e relativo nucleo contenente le garanzie di base (Ricoveri, Prestazioni di alta diagnostica e prestazioni specialistiche, Protesi ortopediche e Cure oncologiche); Assistenza 2 aggiuntiva (Ex 5) 5 ad integrazione della Assistenza 1 e prevedeva le garanzie Trattamenti Fisioterapici e Cure Oncologiche.

Dal 31 dicembre 2012 ad oggi il Piano Sanitario Prevede 3 livelli di Assistenza: Assistenza 1 rivolta ai dipendenti e relativo nucleo, contenente le garanzie di base (Ricoveri, Prestazioni di alta diagnostica e prestazioni specialistiche, Protesi ortopediche e Cure oncologiche); Assistenza 2 aggiuntiva rispetto alla Assistenza 1, che prevede le garanzie trattamenti Fisioterapici e Cure Oncologiche; Assistenza 3 – aggiuntiva che eleva i limiti di assistenza ad integrazione della precedenti Assistenza 1 e prevede alcune garanzie aggiuntive tra cui le principali sono la medicina preventiva, le dentarie, le pediatriche e le oculistiche.

Domanda: Ci confermate che le condizioni in corso sono identiche a quelle del bando di gara?

Risposta: Le garanzie normative in corso sono identiche a quelle di gara, salvo la riduzione di alcuni limiti di assistenza e la modifica delle franchigie attualmente previste. Alleghiamo una tabella riepilogativa delle differenze tra le coperture in corso e quelle poste a gara.

Domanda: Chiediamo di ricevere la seguente documentazione:

- statistica sinistri relativa agli anni 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 distinta per Piano Sanitario 1, Piano Sanitario 2 e Piano Sanitario 3, contenente l'indicazione della garanzia e dell'utilizzo del network.
 - a. Con particolare riferimento al Piano Sanitario 1 ed al Piano Sanitario 2 chiediamo cortesemente di poter ricevere le statistiche sinistri di cui sopra distinte per:
 - i. Dipendente e relativo nucleo
 - ii. Familiare non a carico
- data di estrazione dei sinistri
- numero di persone assicurate negli anni 2009, 2010, 2011, 2012 con il medesimo dettaglio presente a pagina 8 del Disciplinare di Gara e, quindi, con l'indicazione di:
 - b. numero dei dipendenti in servizio aderenti al Piano Sanitario 1

- c. numero di familiari fiscalmente a carico di dipendenti in servizio aderenti al Piano Sanitario 1
 - d. numero di familiari fiscalmente non a carico dei dipendenti aderenti al Piano Sanitario 1
 - e. numero dei dipendenti in servizio aderenti al Piano Sanitario 2
 - f. numero dei familiari fiscalmente a carico dei dipendenti aderenti al Piano Sanitario 2
 - g. numero di familiari fiscalmente non a carico dei dipendenti aderenti al Piano Sanitario 2
 - h. numero di soggetti aderenti al Piano Sanitario 3
- nominativo del precedente gestore assicurativo

Risposta: Si pubblica la documentazione disponibile in merito ai sinistri di seguito i dati relativi alla popolazione aderente ai Piani Sanitari. La data di estrazione dei sinistri è il 20/06/2013.

Popolazione assicurata nell'anno 2010:

Il numero dei dipendenti in servizio aderenti alla data del 31/12/2010 alla copertura collettiva è di 205; l'età media degli stessi è di anni 46,65;

La composizione media del nucleo (sia fiscalmente a carico che non) dei dipendenti aderenti (senza calcolare il dipendente titolare) è di 1,27 persone;

Il numero di familiari a carico dei dipendenti in servizio iscritti al 31/12/2010 alla copertura collettiva: 198;

Il numero di familiari non a carico dei dipendenti in servizio iscritti al 31/12/2010 alla copertura collettiva: 63;

Il numero dei dipendenti aderenti al 31/12/2010 alla copertura Aggiuntiva 3: di 27;

Popolazione assicurata nell'anno 2012:

n. dipendenti in servizio aderenti all'assistenza di base: 231

Età media dei dipendenti aderenti: 48,08

n. dei componenti medi dei nuclei familiari (dipendenti + familiari fiscalmente a carico + familiari fiscalmente non a carico) dei dipendenti aderenti all'assistenza di base: 2,247

n. dei familiari fiscalmente a carico dei dipendenti aderenti all'assistenza di base: 221

n. dei familiari fiscalmente non a carico dei dipendenti aderenti all'assistenza di base: 67

n. dei dipendenti aderenti alla copertura Aggiuntiva 2: 213

n. dei familiari fiscalmente non a carico aderenti alla copertura Aggiuntiva 2: 34

n. degli aderenti alla copertura Aggiuntiva 3: 34

Il nominativo del precedente gestore assicurativo è Caspie.

QUESITI RELATIVI AL DISCIPLINARE DI GARA

Domanda: a pagina 7 all'Art. 2.2 "Quantitativi, importo presunto a base d'asta e variazioni" si legge "Gli importi dei contributi lordi annuali, (...) sono i seguenti:

Assistenza 1

Dipendenti in servizio, coniuge e figli fiscalmente a carico (...)

Assistenza 2

Dipendenti, coniuge e figli fiscalmente a carico (...)"

Si chiede conferma all'Ente se anche con riferimento all'Assistenza 2 ci si riferisca ai dipendenti in servizio, ai coniugi e ai figli fiscalmente a carico dei dipendenti in servizio.

Risposta: confermiamo che anche l'Assistenza 2 si riferisce ai dipendenti in servizio.

Domanda: a pagina 8 all'Art. 2.2 "Quantitativi, importo presunto a base d'asta e variazioni" si legge "

Assistenza 3

Dipendenti, familiari fiscalmente a carico, (...)".

Si chiede conferma all'Ente se anche con riferimento all'Assistenza 3 ci si riferisca ai dipendenti in servizio.

Risposta: confermiamo che anche l'Assistenza 3 si riferisce ai dipendenti in servizio.

Domanda: a pagina 8 all'Art. 2.2 "Quantitativi, importo presunto a base d'asta e variazioni" ultimo capoverso si legge "

Il numero dei dipendenti in servizio (...) è di 213 (...);

La composizione media del nucleo fiscalmente a carico dei dipendenti in servizio (dipendenti + familiari fiscalmente a carico + familiari fiscalmente non a carico) è 2,2629 (...);

Il numero di familiari fiscalmente a carico (...) è di 216;

Il numero di familiari fiscalmente non carico (...) è di 53; (...)".

Poiché il coefficiente 2,2629 è pari al seguente rapporto: $(213 + 216 + 53) / 213$, si chiede conferma all'Ente se l'informazione sopracitata, relativa alla composizione media del nucleo, riguardi tutto il nucleo e non solo al nucleo fiscalmente a carico.

Risposta: confermiamo che l'informazione riguarda tutto il nucleo, non solo quello fiscalmente a carico (trattasi di refuso).

Domanda: a pagina 24 all'Art. 5.2 "Modalità di presentazione dell'offerta e procedure / criteri di aggiudicazione" nella tabella "Schema per attribuzione punteggi offerta tecnica" si legge " 3.5 Franchigia *ricoveri* con intervento (non G.I.C.) in regime ambulatoriale o D.H. (art. 4 lett.B — Capitolo Assistenza 1) — B.A.: €1.000,00 per evento".

Si chiede conferma all'Ente che la franchigia a cui si fa riferimento sia esclusivamente quella prevista per gli interventi non in convenzione diretta effettuati in regime ambulatoriale o di day — hospital, e non riguardi invece gli interventi effettuati non in convenzione diretta per i quali è previsto uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 2.000 euro.

Risposta: confermiamo che la franchigia fa riferimento esclusivamente a quella prevista per gli interventi non in convenzione diretta effettuati in regime di day hospital o ambulatoriali.

QUESITI RELATIVI AL PIANO DI ASSISTENZA 2

Domanda: a pagina 29 alla lettera B "Cure oncologiche" si legge " (...) rimborsa, entro il limite di €4.000,00 anno/nucleo le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche (...)". Poiché alla lettera E "Cure oncologiche" a pagina 15 dell'Assistenza 1 si legge "(...) rimborsa, entro il limite di €8.000,00 anno/nucleo le spese sostenute in seguito a patologie oncologiche (...) " si chiede all'Ente di precisare se il limite dell'Assistenza 2 per la garanzia cure oncologiche è da ritenersi aggiuntivo o sostitutivo a quello dell'Assistenza 1.

Risposta: confermiamo che il limite dell'Assistenza 2 per la garanzia Cure Oncologiche è da ritenersi aggiuntivo a quello dell'Assistenza 1.

Domanda: pagina 30 Art. 5 "Prestazioni escluse". Si chiede conferma all'Ente che l'Articolo in oggetto sia da considerare ad integrazione dell'Art.5 "Prestazioni escluse" dell'Assistenza 1.

Risposta: l'articolo si intende ad integrazione delle prestazioni escluse dell'Assistenza 1.

Domanda: a pagina 30 all'Art. 5 "Prestazioni escluse" si legge: "Rimangono escluse dal rimborso le spese per: - Terapeutico

Risposta: Trattasi di un refuso, che deve considerarsi eliminato.