

CHIARIMENTO 10

OGGETTO: Servizio di polizza di tutela sanitaria integrativa a favore degli iscritti alla Fondazione Enpam, dei familiari e dei superstiti degli stessi.

Con riferimento al servizio in oggetto sono pervenuti, da parte di una Impresa interessata al servizio medesimo, i quesiti di seguito riportati:

Q1 *in relazione all'art. 18 ISTRUZIONE AL PERSONALE DIPENDENTE ENPAM e alle prescrizioni indicato nel Bando e nel Disciplinare di Gara, premesso che:*

a. un eventuale intervento del personale della Fondazione E.N.P.A.M, nell'attività di "piena e completa gestione amministrativa, contabile e liquidativa delle polizze oggetto del Capitolato Tecnico, del reporting dei servizi web, del contact center e della centrale operativa", risulterebbe rilevante rispetto alle disposizioni vigenti in materia assicurativa e pertanto assoggettabile alle prescrizioni di cui al D.Lgs. 209/2005 - Codice delle Assicurazioni Private e dei Regolamenti ISVAP nn. 5, 35 e probabilmente anche 34;

b. l'attività di formazione del personale di soggetti terzi non rientra negli oggetti sociali di alcuna Compagnia di assicurazioni, non è qualificabile come attività connessa business assicurativo, se non limitatamente alla formazione prevista per i propri intermediari assicurativi e per il personale proprio, nelle forme e con le modalità di cui al Regolamento ISVAP n. 5;

c. che un ruolo attivo della Fondazione E.N.P.A.M. nella "piena e completa gestione amministrativa, contabile e liquidativa delle polizze oggetto del Capitolato Tecnico, del reporting dei servizi web, del contact center e della centrale operativa", rientrerebbe certamente nell'ambito delle attività soggette alla vigilanza IVASS (ex ISVAP) e richiederebbe preventivi adempimenti in termini di iscrizione al Registro Unico degli Intermediari, sia da parte della Fondazione che da parte dei dipendenti che sarebbero coinvolti dall'addestramento;

d. la procedura in oggetto "non è qualificabile come contratto d'appalto avente ad oggetto il Servizio di polizza di tutela sanitaria integrativa" e che detto Servizio prevede l'adesione volontaria con onere a carico degli stessi aderenti, i quali assumono la contraenza di polizza;

e. conseguentemente, non è chiaro a che titolo l'Assegnataria dovrebbe erogare la predetta formazione ai dipendenti E.N.P.A.M., relativamente alla quale - anche se svolta gratuitamente - dovrebbe essere quantificato un congruo corrispettivo assoggettabile ad IV A come per legge;

Ciò detto, si chiede di voler chiarire meglio il ruolo che intende assumere la Fondazione E.N.P.A.M. nell'ambito dei processi di gestione del "Servizio di polizza" oggetto di gara.

In particolare, qualora non sia prevista l'iscrizione al Registro Unico degli Intermediari della Fondazione E.N.P.A.M. e dei dipendenti interessati dall'addestramento, si fa presente che trattasi di requisiti essenziali per svolgere qualunque attività formativa.

Q2 *A pagina 15 del Disciplinare di Gara, al punto A 1. sono previsti 4 punti da assegnare in ragione dell'inserimento di garanzie non previste: si chiede di voler specificare il criterio di ripartizione/assegnazione dei predetti 4 punti.*

- Q3** *A pagina 16 del Disciplinare di Gara, al punto A4. Incremento degli importi dei massimali, sono previsti max 2,5 o max 2 punti da assegnare rispettivamente in ragione dell'aumento del massimale di cui agli Artt. 1.1.1 . e 1.2.1. del Capitolato Tecnico. Poiché il primo massimale di cui al Art. 1.1.1. deve intendersi riferito a tutte le garanzie di polizza, qualora un concorrente decida di non aumentare tale massimale, si chiede quale significato potrebbe avere un aumento invece del massimale di cui all'Art. 1.2.1., se il primo massimale prevale sul secondo perché applicabile a tutte le garanzie di polizza? È corretto ritenere invece che, nell'ipotesi sopra emarginata, sia il massimale di cui all'Art. 1.2.1. a prevalere sul massimale unico di polizza, quantomeno relativamente alle prestazioni dell' Art. 1.2. Garanzie area ricovero in istituto di cura?*
- Q4** *A pag. 2 è riportata tra le altre la Definizione di "Invalidità Permanente". Si chiede conferma che l'inserimento di tale definizione debba essere inteso come un refuso poiché la corrispondente garanzia non è prevista dal Piano Sanitario.*
- Q5** *A pag. 2 alla Definizione di "Massimale" si legge: "La disponibilità unica ovvero la spesa massima liquidabile per ciascun Assicurato o per l'intero Nucleo Familiare, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assicurativo" A tal proposito si chiede conferma delle seguenti interpretazioni:*
- Si chiede conferma che tutti i massimali annui debbano intendersi "unici" per l'intero nucleo familiare comprensivo di titolare (Iscritto o Pensionato Enpam);*
 - Il massimale annuo si debba intendere riferito non solo ai sinistri rimborsuali ma anche a quelli effettuati in strutture sanitarie convenzionate per le quali la Compagnia provvedere al pagamento diretto della prestazione alla struttura sanitarie anziché al rimborso nei confronti dell' Assicurato";*
- Q6** *A pag. 3 è riportata la Definizione di "Patologia pregressa". Alla successiva pag. 28 si legge che le stesse rientrano in copertura limitatamente per gli assicurati che godano di una copertura assicurativa sottoscritta con una convenzione stipulata dall'Enpam. Poiché nell'ambito del modulo base è prevista la copertura sia per il parto (naturale o cesareo) sia per la garanzia "Assistenza maternità base", si chiede conferma che, alla stregua di quanto è previsto per le patologie pregresse, anche le gravidanze preesistenti siano da considerarsi in copertura esclusivamente per gli assicurati che godano di una copertura assicurativa sottoscritta con una convenzione stipulata dall'Enpam.*
- Q7** *A pag. 4, si legge "Il piano sanitario si compone di un modulo base che può anche essere integrato, a scelta dell'Assicurato, con 3 diversi moduli integrativi, ... ". Si chiede conferma che, per il principio di modularità con cui sono stati costruiti i vari piani, il Modulo Integrativo "2 Specialistica" possa essere acquistato dall'assicurato solo se sia già stato acquistato anche il Modulo Integrativo "1 Ricoveri" (oltre ovviamente al Modulo Base) e di conseguenza anche il Modulo Integrativo "3 Odontoiatria", possa essere acquistato solo se si sono già acquistati i tre precedenti. Inoltre si chiede conferma che l'adesione ai vari piani da parte del nucleo familiare sia subordinata all'adesione del titolare ai medesimi piani.*
- Q8** *In relazione all'articolo "Prestazioni Assicurate" , che viene descritto nei punti*
- 1.2.2.3 in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Parto Cesareo previsti da pag. 10 a pag. 12 nel "1. MODULO BASE" del Piano Sanitario*
 - 1.2.3.3 in caso di Ricovero per Gravi Eventi Morbosi, Parto Naturale, Aborto Terapeutico e Spontaneo da pag. 12 a pag. 13 previsti da pag. 13 a pag. 14 nel "1. MODULO BASE" del Piano Sanitario*

– 2.1.2.2 in caso di Ricovero per Intervento anche diverso da GIC, Parto Naturale e Cesareo, Aborto Terapeutico e Spontaneo previsti da pag. 20 a pag. 22 nel "2. MODULO INTEGRATIVO 1 RICOVERI" del Piano Sanitario, risulta omessa la voce "Retta di Degenza" che pertanto non risulta in copertura. Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.

Q9 Si rileva che il parto cesareo è in copertura con sottomassimale sia nella garanzia 1.2.2 del Modulo Base sia nella garanzia 2.1.2 del Modulo integrativo 1 Ricoveri, si richiede se l'inserimento di tale evento anche nel modulo integrativo 1 Ricoveri debba essere considerato un refuso.

Si rileva inoltre che il parto naturale, l'aborto terapeutico e spontaneo sono in copertura con sottomassimale sia con la garanzia 1.2.3 del Modulo Base sia con la garanzia 2.1.3 del Modulo integrativo 1 Ricoveri, si richiede se l'inserimento di tali eventi anche nel modulo integrativo debba essere considerato un refuso.

Q10 Art. 1.2.1 Elenco Grandi Interventi Chirurgici (GIC) da pag. 5 a pag. 10: dall'analisi del predetto elenco risultano inseriti interventi obsoleti o tecniche poco chiare come di seguito emarginati:

Chirurgia Apparato digerente

Resezione gastro-digiunale: intervento che non si esegue.

Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria: in questa tipologia devono rientrare anche gli interventi eseguiti per via endoscopica?

Chirurgia urologica

Terapia della calcolosi urinaria: in questo caso si deve ricomprendere prestazioni non chirurgiche quali la litotrissia e quindi anche le terapie mediche sia di tipo fannacologico usate nelle coliche addominali sia quelle volte a sciogliere i calcoli renali fannacologicamente?

Trattamento chirurgico della calcolosi renale: l'estrazione per via endoscopica del calcolo è chirurgica? La litotrissia endoscopica rientra fra queste prestazioni chirurgiche o a questo afferisce solo l'asportazione chirurgica del calcolo per via laparoscopica o laparotomia?

Ortopedia e traumatologia

Interventi di stabilizzazione vertebrale: spesso la stabilizzazione vertebrale viene fatta nei casi di ernie vertebrale In questo caso l'intervento è da considerarsi grande intervento anche se fatto a livello lombare?

Impianti flessibili (es. Swanson-Mauber polso e mano): cosa si deve intendere con queste diciture se messe fra parentesi sono degli esempi e quindi tutti gli impianti flessibili possono rientrare in questo gruppo anche se inseriti in altri distretti? In questo gruppo ci sono tutti gli impianti endoscopici sia intestinali che endovascolari oltre a quelli che adesso vengono inseriti nell'ortopedia? Anche gli impianti che non sono intracorporei?

CELLULE STAMINALI

Circa gli interventi di infusione di cellule Staminali si ritiene che le cellule staminali vengono usate in oncologia nei trapianti di midollo. Attualmente non ci sono protocolli per trattamenti di tumori maligni con cellule staminali, ad eccezione di quelli dell'apparato ematopoietico. Si richiedono spiegazioni sul comportamento liquidativo di questa voce al fine di evitare situazioni critiche con terapie sperimentali di dubbia o comprovata inefficacia.

GRANDI EVENTI MORBOSI

Alcune realtà sono in contrapposizione con lo spirito dell' elenco grandi eventi morbosi che non devono essere ricoveri senza intervento chirurgico:

Sindrome coronarica acuta (angina instabile - IMA trans murale - IMA non Q) con eventuale applicazione di stent: quindi l'infartuato che ha un evento acuto ed esegue un'angioplastica è collocato nel gruppo GI e se applicato anche uno stent rientra anche nel gruppo GM? A questo punto qual è la definizione d'intervento chirurgico visto che gli elenchi tendono a generare confusione interpretativa?

Aritmia grave: manca una definizione di aritmia grave.

Q11 *In relazione all'art. 1.3.4 "Prestazioni Dentarie Sub-Massimale" di pag. 17, si chiede conferma che il rimborso delle spese sostenute per gli impianti odontoiatrici sarà previsto solo nel caso in cui l'Assistito si sia rivolto ad una struttura del Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre, si chiede conferma che nel caso di 3 o più impianti, fatturati nello stesso documento di spesa, il rimborso delle spese sostenute verrà liquidato nei limiti del massimale di Euro 2.000,00, salvo l'eventuale aumento in fase di offerta tecnica.*

Q12 *In relazione all'"Elenco di Prestazioni di Prevenzione" previste all'art. 1.3.5 di pag. 17, chiediamo di confermare le composizioni di tali pacchetti come di seguito indicato:*

a) *Prevenzione Cardiovascolare (protocollo Progetto Cuore), 1 volta ogni 2 anni:*

- colesterolo totale*
- colesterolo hdl*
- trigliceridi*
- transaminasi*
- azotemia*
- creatine mia*
- emocromo*
- glicemia*
- visita cardiologica*
- ecg di base*

b) *Prevenzione oncologica (standard di SSN), 1 volta ogni 2 anni fermi limiti di età descritti:*

- per la prevenzione del tumore alla mammella: mammografia*
- per la prevenzione del tumore al collo dell'utero: PAP TEST*
- per la prevenzione del tumore alla prostata: PSA*
- per la prevenzione del tumore al colon-retto(sia per gli uomini che per le donne): ricerca del sangue occulto nelle feci*

d) *Prevenzione oculistica , 1 volta ogni 3 anni:*

- Visita Oculistica*

e) *Prevenzione pediatrica , fermi i limiti annuali descritti nel Capitolato:*

- tra i 6 e i 12 mesi: 1 ecografia alle anche*
- fino ai 4 anni: 1 visita pediatrica di controllo*
- dai 4 agli 8 anni: 1 visita auxologia*

Q13 *All'art. "1.3.6. NON AUTOSUFFICIENZA ED ASSISTENZA: sub massimale" di pag. 18 si legge:*

"il limite di spesa rimborsabile per la presente garanzia, per un massimo di tre anni, è pari a:

- Euro 8.000,00 come eventualmente aumentato in fase di offerta (...) nell'utilizzo di strutture convenzionate con la Compagnia*
- Euro 4.000,00 come eventualmente aumentato in fase di offerta (...) nell'utilizzo di strutture private in regime rimborsuale (...)"*

Si chiede conferma che il limite di spesa di Euro 4.000,00 (eventualmente aumentato in sede di offerta tecnica) previsto nel caso di strutture private in regime rimborsuale e limite di spesa di Euro 8.000,00 (eventualmente aumentato in sede di offerta tecnica) previsto nel caso di utilizzo di strutture private convenzionate con la Compagnia, non siano da intendersi cumulabili ma alternativi fra loro.

Q14 *A pag. 19, nel paragrafo immediatamente successivo alle esclusioni operanti in caso di non autosufficienza, si legge:*

"In questi casi, ad eccezione della fattispecie indicata alla lettera b) per la quale non è prevista alcuna prestazione, la Compagnia corrisponde i versamenti effettuati relativi all'Assicurato interessato, al netto della cifra fissa"

Si chiede di chiarire il significato della frase, in particolare specificando a cosa si riferisce la lettera b) e cosa si intende per "versamenti effettuati" e "cifra fissa".

Q15 *A pag. 24, tra le garanzie previste dall'art. "3.1 Garanzia Piano Sanitario Modulo Integrativo 2" sono previste le prestazioni di Fisioterapia nel limite del sotto-massimale di Euro 350,00 l'anno per Assistito.*

Per quanto attiene le condizioni di liquidazione di tali prestazioni, si chiede conferma delle seguenti interpretazioni:

– *sia nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale medico convenzionati con la Compagnia sia nel caso in cui l'Assistito si avvalga di una struttura convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale saranno considerati in copertura anche i Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi non riportati nel Tariffario di Fisioterapia di cui all'allegato C di pag. 38, senza applicazione di scoperti o franchigie;*

– *nel caso di utilizzo di strutture sanitarie oppure di personale medico non convenzionati con la Compagnia saranno considerati in copertura solo le prestazioni di Fisioterapia indicate nell'allegato C di pag. 38, che saranno rimborsabili nel limite degli importi indicati nel medesimo allegato per singola seduta, previa l'applicazione dello scoperto del 30% (salvo diminuzione offerta in sede tecnica) con l'applicazione della franchigia minima di 35 Euro;*

– *la garanzia sarà operante nel caso in cui le prestazioni fisioterapiche vengano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa, con l'esclusione delle prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.ù*

Q16 *A pag. 25, art. 3.1.3. "Condizioni di Liquidazione Utilizzo di strutture private in regime rimborsuale", si legge " ... con applicazione di una franchigia minima di Euro 35,00." Si chiede conferma che tale franchigia debba essere applicata per ciascuna prestazione per le garanzie "Alta Diagnostica Integrata", "Visite Specialistiche" e "Analisi di laboratorio" e per ciclo di terapia per la garanzia "Fisioterapia", intendendo per ciclo di terapia quanto previsto dal Servizio Sanitario Nazionale e cioè la prescrizione di una serie della stessa prestazione fisioterapica per un massimo 10 sedute oppure 3 serie di prestazioni fisioterapiche diverse, ciascuna fino a un massimo di 10 sedute.*

Q17 *Art. 4.1.2 Elenco di Prestazioni di Odontoiatria, inserite nel modulo 4. "Modulo Integrativo 3 Odontoiatria" di pag. 26.*

Si chiede conferma che la copertura e il conseguente rimborso delle spese per le prestazioni Odontoiatriche descritte al punto 4.1.2, siano previsti esclusivamente nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia con i limiti sia economici che

temporali descritti nell'allegato A "Tariffario Dentarie" di pag. 36, previa l'applicazione delle Carenze indicate nell' art. 4.1.3 a pag. 26 e 27.

- Q18** *A pag. 5 della Parte Prima - Piano Sanitario si legge:
"per ciascuna delle prestazioni previste, la liquidazione/il rimborso delle relative spese, nei termini, limiti e condizioni di seguito illustrati, è comunque subordinato alla presentazione, da parte dell'Assistito, della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia (presunta e/o accertata)"
Inoltre l'Art. 6 Inoperatività delle Garanzie a pag. 28, recita:
"La terza esclusione dell'articolo indica: "qualsiasi trattamento avente mera finalità di controllo routinario e/o prevenzione (salvo quanto previsto nei paragrafi precedenti)"
– per quanto concerne le prestazioni di prevenzione, previste con l'art. 1.3.5 Prevenzione di pag. 17, si ritiene che la richiesta di prescrizione del medico curante indicante la patologia presunta o accertata debba essere considerata un refuso
– si segnala che per quanto attiene le prestazioni odontoiatriche (e più precisamente quelle previste con l'Art. 1.3.4 "Prestazioni Dentarie" a pag. 17 del Modulo Base e con il "Modulo Integrativo 3 odontoiatria" di pag. 25 e 26 e relativo allegato A "Tariffario Dentarie di pag. 36) di norma non viene prodotta la prescrizione con prescrizione del medico curante indicante la patologia presunta o accertata, in quanto sia la diagnosi che l'eventuale terapia formano oggetto esclusivo della professione dell'odontoiatra.
Si ritiene pertanto tale richiesta un refuso e si propone l'invio della scheda anamnestica compilata dall'odontoiatra, ovvero il Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell' apparato masticatorio dell' Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.
Si chiede conferma delle interpretazioni.*
- Q19** *A pag. 28 dell'art. 6 Inoperatività delle Garanzie a pag. 28, alla quinta esclusione si legge:
"cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso" In considerazione dell'art. 3.1 Garanzia Piano sanitario modulo integrativo 2 di pag. 24 che espressamente prevede la Fisioterapia e al relativo allegato C di pag. 38 con le tariffe per le prestazioni di Fisioterapia" si ritiene che l'esclusione contenga il seguente omissis: "fatto salvo quanto previsto agli articoli 3.1 Garanzia Piano sanitario modulo integrativo 2 di pag. 24 e al relativo allegato C di pag. 38"
Si chiede conferma dell'interpretazione.*
- Q20** *Art. 6 Inoperatività delle Garanzie pag. 29, si legge: " i trattamenti fisioterapici (salvo quanto previsto al punto 2.5 "Trattamenti fisioterapici da infortunio") e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini;". Chiediamo di chiarire quali prestazioni si intendono escluse, non avendo individuato nel presente capitolato il punto 2.5 "Trattamenti fisioterapici da infortunio". Con tale locuzione si intende forse limitare la garanzia "prestazioni fisioterapiche" prevista a pag. 24, art. "3.1 Garanzia Piano Sanitario Modulo Integrativo 2"alle sole conseguenze di infortunio?*
- Q21** *Art. 6 Inoperatività delle Garanzie pag. 29
Nella penultima esclusione dell'articolo si legge: "prestazioni rese a persone affette da infermità mentali (...) e relative alle cause o alle conseguenze di tali infermità"
Per quanto attiene l'esclusione delle prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, si chiede conferma alla Cassa delle seguenti interpretazioni:
– anche per gli Assistiti affetti da patologie mentali e disturbi psichici saranno attivabili le garanzie previste dal piano sanitario, in base alla Legge n. 18 del 3 marzo*

2009, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006.

Q22 Allegato B - punteggio Relativo allo Stato di NON Autosufficienza di pag. 37

Si rileva quanto segue:

– l'Attività Elementare "Continenza" scorporata nell'Allegato B di pag. 37, nella garanzia 1.3.6.1 Elenco prestazioni della Non Autosufficienza a pag. 18 risulta essere compresa nel punto "a. andare in bagno"

– le Attività Elementari "c. mobilità" (che descrive la capacità di deambulazione) ed "e. spostarsi" (che descrive i cambi posturali) esposte distintamente nel Capitolato a pag. 18, sono assemblate in un'unica attività elementare nell'allegato B punteggio Relativo allo Stato di NON Autosufficienza di pag. 37 alla voce "mobilità"

Nel primo caso, quello relativo alla "Continenza", i parametri espressi nell'allegato B risultano essere riconducibili alle attività elencate nel Capitolato al punto "a. andare in bagno", Nel secondo caso invece le attività elementari esposte nel dettaglio ai punti "c. mobilità" ed "e. spostarsi" a pag. 18 del Capitolato sono state in parte omesse nell'unica voce "mobilità" dell'allegato B di pag. 37 e nei relativi punteggi

Si chiede pertanto a Codesta Spettabile Stazione Appaltante di integrare la voce "mobilità" dell'allegato B di pag. 37, con le attività elementari descritte nei punti "c. mobilità" ed "e. spostarsi" di pag. 18 e con i corrispondenti punteggi

Ciò al fine di assegnare i punteggi e di attivare la garanzia in modo incontrovertibile.

Q23 A pag. 30, art.7 Premi, si legge" ... P1. Premio annuo lordo relativo al Modulo Base ... ", mentre a pag. 31 al secondo capoverso viene riportata la frase "I sopra indicati valori dei premi sono al netto delle imposte". Si chiede conferma che quest'ultima affermazione sia un refuso e che tutti i premi a base di gara debbano essere considerati al lordo delle imposte.

Q24 A pag. 32, art. 10.1 Criteri generali di liquidazione, si legge "La Compagnia liquiderà il pagamento di quanto spettante all'Assicurato a proprie cure entro il limite di 30 giorni – eventualmente diminuiti in fase di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara - decorrente dalla richiesta di rimborso ... ". Poiché nel disciplinare a pag. 15 art. IV. 2 CRITERI DI AGGIUDICAZIONE, non viene attribuito un punteggio nel caso di riduzione del numero di giorni di liquidazione, chiediamo conferma che quanto riportato a pag. 32 sia un refuso. In caso contrario, chiediamo di indicare in quale sezione tale modifica venga valutata. Analoga considerazione vale per quanto indicato a pag. 33, art. 12.1 Accoglimento della denuncia del sinistro " .. .la Compagnia si obbliga ad accogliere la denuncia del sinistro entro 90 giorni dalla data in cui si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, giorni eventualmente aumentati in caso di offerta da parte dell'aggiudicatario la gara."

A tal proposito si forniscono i seguenti chiarimenti

R1 Come risulta in modo chiaro ed inequivocabile dalla lettura dell'Art. 18 del Capitolato Tecnico di gara, la Fondazione non assumerà alcun ruolo o intervento diretto nello svolgimento del servizio in gara, fatto salve le normali relazioni con i propri iscritti che la Fondazione si riserva nell'adempimento dei propri compiti istituzionali e, in particolare, dell'assistenza ai medici ed agli odontoiatri.

Precisato quanto sopra, valgono le disposizioni tutte di cui al richiamato articolo 18 del Capitolato e pertanto si conferma l'onere previsto per la Compagnia a vantaggio della formazione tecnico e professionale dei dipendenti della Fondazione Enpam.

- R2** Il punteggio di cui al punto A1 della valutazione Offerta Tecnica Polizza Base verrà assegnato dalla Commissione Giudicatrice basandosi sulla relazione tecnica-organizzativa di cui al punto B.1) dell'offerta tecnica di pag. 11 del Disciplinare di gara, assegnando punteggio pari a zero alle offerte che non indicheranno in relazione alcuna miglioria o integrazione rispetto agli elenchi dei Grandi Interventi Chirurgici di cui all'Art. 1.2.2.1 e dei Gravi Eventi Morbosi di cui all'Art. 1.2.3.1 del Capitolato Tecnico di gara e punteggio variabile fino al massimo di 4 alle offerte che, a giudizio della Commissione, miglioreranno o integreranno gli elenchi detti.
- R3** Qualora un concorrente decida di non aumentare il massimale di cui all'Art. 1.1.1. non potrà, di conseguenza, aumentare il massimale di cui all'Art. 1.2.1.
- R4** L'invalidità permanente non è prevista nel presente piano sanitario.
- R5** Nella definizione di "Nucleo Familiare" di cui a pag. 2 del Capitolato Tecnico si legge che "Ai fini del presente Capitolato Tecnico l'Iscritto e il Pensionato non sono considerati parte del Nucleo Familiare"; in ragione di quanto prima i massimali annui sono distinti, salvo quanto diversamente indicato nel Capitolato, per il Nucleo Familiare e l'Iscritto/Pensionato. Il massimale annuo è riferito non solo ai sinistri rimborsuali ma anche a quelli effettuati in strutture sanitarie convenzionate per le quali la Compagnia provvedere al pagamento diretto della prestazione alla struttura sanitarie anziché al rimborso nei confronti dell'Assicurato.
- R6** La gravidanza è una condizione biologica dal momento del concepimento (nel caso di fecondazione in vitro dal momento del reimpianto in utero) al parto o comunque all'espulsione del feto; in ragione di quanto prima non può essere considerata al pari di una patologia pregressa e pertanto le gravidanze preesistenti godono della copertura assicurativa indipendentemente dall'esistenza di una precedente convenzione stipulata dall'Enpam.
- R7** L'adesione ad uno qualsiasi dei moduli integrativi o a due dei moduli integrativi, comunque scelti, o a tutti e tre i moduli integrativi è consentita esclusivamente in caso di sottoscrizione da parte dell'Assicurato del Modulo Base.
Quanto sopra vale sia per l'Iscritto e il Pensionato e sia per il Nucleo Familiare che può pertanto aderire ai vari moduli integrativi senza che il titolare vi abbia aderito purché sia il titolare e sia il Nucleo Familiare abbiano aderito al Modulo Base.
- R8** La "Retta di Degenza" di cui alla definizione di pagina 3 del Capitolato Tecnico di gara, è diversamente nominata e modulata nelle "Prestazioni Assicurate".
- R9** La prestazione di cui alla domanda, qualora l'Assicurato abbia aderito sia al Modulo Base e sia al Modulo Integrativo 1 Ricoveri, sarà erogata prioritariamente secondo la copertura Base e solo in caso di superamento del massimale del Modulo Base, sarà erogata nell'ambito della copertura Integrativa.
Analogamente a quanto sopra ci si deve comportare per il parto naturale e l'aborto terapeutico e spontaneo.

R10 Art. 1.2.1 *Elenco Grandi Interventi Chirurgici (GIC) da pag. 5 a pag. 10: dall'analisi del predetto elenco risultano inseriti interventi obsoleti o tecniche poco chiare come di seguito emarginati: (le risposte sono riportate di seguito)*

Chirurgia Apparato digerente

- *Resezione gastro-digiunale: intervento che non si esegue.*
si conferma l'inserimento dell'intervento nell'elenco GIC.

- *Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria: in questa tipologia devono rientrare anche gli interventi eseguiti per via endoscopica?*
no, non devono rientrare.

Chirurgia urologica

- *Terapia della calcolosi urinaria: in questo caso si deve ricomprendere prestazioni non chirurgiche quali la litotrissia e quindi anche le terapie mediche sia di tipo farmacologico usate nelle coliche addominali sia quelle volte a sciogliere i calcoli renali farmacologicamente?*
si devono ricomprende le prestazioni quali la litotrissia endoscopica percutanea (PCNL, PerCutaneous NephroLithotomy) e non si devono ricomprendere le terapie mediche sia di tipo farmacologico usate nelle coliche addominali sia quelle volte a sciogliere i calcoli renali farmacologicamente.

- *Trattamento chirurgico della calcolosi renale: l'estrazione per via endoscopica del calcolo è chirurgica?*
no, l'estrazione per via endoscopica del calcolo non è chirurgica.

- *La litotrissia endoscopica rientra fra queste prestazioni chirurgiche o a questo afferisce solo l'asportazione chirurgica del calcolo per via laparoscopica o laparotomia?*
la litotrissia endoscopica rientra fra queste prestazioni chirurgiche.

Ortopedia e traumatologia

- *Interventi di stabilizzazione vertebrale: spesso la stabilizzazione vertebrale viene fatta nei casi di ernie vertebrale In questo caso l'intervento è da considerarsi grande intervento anche se fatto a livello lombare?*
si, l'intervento è da considerarsi grande intervento anche se fatto a livello lombare.

- *Impianti flessibili (es. Swanson-Mauber polso e mano): cosa si deve intendere con queste diciture se messe fra parentesi sono degli esempi e quindi tutti gli impianti flessibili possono rientrare in questa gruppo anche se inseriti in altri distretti?*
si, le diciture tra parentesi sono solo degli esempi e quindi tutti gli impianti flessibili possono rientrare in questa gruppo anche se inseriti in altri distretti.

In questo gruppo ci sono tutti gli impianti endoscopici sia intestinali che endovascolari oltre a quelli che adesso vengono inseriti nell'ortopedia?
no, non ci sono tutti gli impianti, ma solo quelli inseriti nell'ortopedia.

Anche gli impianti che non sono intracorporei?
no, ci sono solo gli impianti intracorporei.

CELLULE STAMINALI

- *Circa gli interventi di infusione di cellule Staminali si ritiene che le cellule staminali vengono usate in oncologia nei trapianti di midollo. Attualmente non ci sono protocolli per trattamenti di tumori maligni con cellule staminali, ad eccezione di quelli dell'apparato ematopoietico. Si richiedono spiegazioni sul comportamento liquidativo di questa voce al fine di evitare situazioni critiche con terapie sperimentali di dubbia o comprovata inefficacia.*

Le infusioni di cellule staminali trovano indicazione non solo in alcune malattie neoplastiche del sangue (per es. leucemia acuta mieloide, leucemia mieloide cronica, leucemia linfoblastica) ma anche in alcuni tumori solidi e principalmente in quelli della mammella.

GRANDI EVENTI MORBOSI

Alcune realtà sono in contrapposizione con lo spirito dell' elenco grandi eventi morbosi che non devono essere ricoveri senza intervento chirurgico:

- *Sindrome coronarica acuta (angina instabile - IMA trans murale - IMA non Q) con eventuale applicazione di stent: quindi l'infartuato che ha un evento acuto ed esegue un'angioplastica è collocato nel gruppo GI e se applicato anche uno stent rientra anche nel gruppo GM? A questo punto qual è la definizione d'intervento chirurgico visto che gli elenchi tendono a generare confusione interpretativa?*

L'angioplastica coronarica è una tecnica non chirurgica che viene sempre più utilizzata in corso di sindrome coronarica acuta.

- *Aritmia grave: manca una definizione di aritmia grave.*

L'Aritmia grave si verifica quando è compromessa la funzione di pompa del cuore (es. tachicardia ventricolare- fibrillazione ventricolare -Sindrome del QT lungo- Blocco atrio ventricolare 3° grado)

R11 Il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato in ogni caso, sia che l'Assistito si sia rivolto a strutture private e sia che si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Si conferma che nel caso di 3 o più impianti, fatturati nello stesso documento di spesa, il rimborso delle spese sostenute verrà liquidato nei limiti del massimale di Euro 2.000,00, salvo l'eventuale aumento in fase di offerta tecnica.

R12 Si conferma la composizione dei tre pacchetti indicati.

R13 Si conferma che il limite di spesa di Euro 4.000,00 (eventualmente aumentato in sede di offerta tecnica) previsto nel caso di strutture private in regime rimborsuale e limite di spesa di Euro 8.000,00 (eventualmente aumentato in sede di offerta tecnica) previsto nel caso di utilizzo di strutture private convenzionate con la Compagnia, non siano da intendersi cumulabili ma alternativi fra loro.

R14 Quanto sopra è da considerarsi un refuso.

R15 Si confermano le tre interpretazioni soprastanti attinenti le prestazioni di Fisioterapia previste dall'art. "3.1 Garanzia Piano Sanitario Modulo Integrativo 2".

R16 Si conferma quanto riportato nel quesito Q16

R17 Si conferma che la copertura e il conseguente rimborso delle spese per le prestazioni Odontoiatriche descritte al punto 4.1.2, sono previsti esclusivamente nel caso di utilizzo di

strutture sanitarie non convenzionate con la Compagnia con i limiti sia economici che temporali descritti nell'allegato A "Tariffario Dentarie" di pag. 36, previa l'applicazione delle Carenze indicate nell' art. 4.1.3 a pag. 26 e 27.

- R18** La prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia (presunta o accertata) non è operante per quanto concerne le prestazioni di prevenzione, previste con l'art. 1.3.5., e le prestazioni di prevenzione in genere.
Per quanto attiene le prestazioni odontoiatriche, quale sostituto della prescrizione del medico curante contenente l'indicazione della patologia (presunta o accertata), può essere presentata la scheda anamnestica compilata dall'odontoiatra, ovvero il Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell' apparato masticatorio dell' Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.
- R19** La Inoperatività delle Garanzie di cui alla quinta esclusione dell'art. 6 a pag. 28: "cure e trattamenti terapeutici non fruiti in regime di ricovero o nei 90 giorni successivi allo stesso" non è da applicarsi nei seguenti casi:
- per le prestazioni di cui all'articolo 3.1 Garanzia Piano sanitario "Modulo Integrativo 2" di pag. 24 e all'allegato C di pag. 38,
 - per i ricoveri effettuati in regime di day hospital ove specificamente previsti nel Capitolato Tecnico di gara,
 - in tutte le circostanze diversamente previste nel Capitolato Tecnico di gara.
- R20** Con riferimento alla Inoperatività delle Garanzie di cui alla quattordicesima esclusione dell'art. 6 a pag. 29: "Trattamenti fisioterapici (salvo quanto previsto al punto 2.5 "Trattamenti fisioterapici da infortunio") e rieducativi, cure termali, medicinali e vaccini" si conferma che la norma vale per intero solo nel caso l'Assicurato abbia aderito al solo Modulo Base e/o anche ad uno o due moduli integrativi diversi dal Modulo Integrativo 2 Specialistica mentre è ridotta a "cure termali, medicinali e vaccini" nel caso in cui l'Assicurato abbia aderito anche al Modulo Integrativo 2 Specialistica.
- R21** Si conferma che, con riferimento alla penultima esclusione dell'Art. 6 Inoperatività delle Garanzie di pag. 29, attinente l'esclusione delle prestazioni rese a persone affette da infermità mentali, anche per gli Assistiti affetti da patologie mentali e disturbi psichici saranno attivabili le garanzie previste dal piano sanitario, in base alla Legge n. 18 del 3 marzo 2009, recante la ratifica e l'esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata a New York il 13 dicembre 2006.
- R22** Al fine di attivare la garanzia in parola sono prevalenti le definizioni ed i relativi punteggi l'Allegato B del Capitolato Tecnico di gara essendo le descrizioni da a. ad f. di cui al punto 1.3.6.1. meramente indicative.
- R23** Si conferma che tutti i premi a base di gara devono essere considerati al lordo delle imposte.
- R24** Entrambe le condizioni indicate nel quesito sono da intendersi un refuso.

FINE DEL TESTO