



DCA - SETTORE GARE - UGF
Rep. Determine
10.4 - Chiarimenti

SGa 24_807 - G14085

GARA D'APPALTO A PROCEDURA APERTA, AI SENSI DELL'ART. 71 DEL D.LGS. N. 36/2023 PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA PER IL PERSONALE DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO
CIG B498A940B1

RISPOSTA A RICHIESTA DI INFORMAZIONI COMPLEMENTARI - N. 6

D1. Si pone il seguente quesito: “Nell’art. 2 OGGETTO DEL SERVIZIO si legge: “L’assistenza e tutte le relative prestazioni dovranno essere operanti in caso di malattia, infortunio, gravidanza (ivi compresa la gravidanza in corso all’atto dell’adesione) e prevenzione, con le modalità e limitazioni specificate nel presente Capitolato.” Si chiede all’Ente se le prestazioni sanitarie effettuate per gravidanza e per prevenzione siano coperte dal piano per tutte le garanzie nelle quali non viene espressamente richiesta la prescrizione medica con indicazione di patologia/quesito diagnostico, ferma restando ovviamente la copertura in base, rispettivamente, agli articoli 4.9 PACCHETTO GRAVIDANZA da un lato, e 4.1 PRESTAZIONI TRAMITE SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE e 4.8 PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE dall’altro.

R1. Al netto della garanzia all’art. 4.9 “PACCHETTO GRAVIDANZA” e della garanzia all’art. 4.8 “PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE” per i quali non è prevista l’obbligatorietà della presentazione di prescrizione medica, per tutte le altre garanzie incluse nel Capitolato posto a base di gara e in qualsiasi condizione il requisito imprescindibile resta essere in possesso di prescrizione medica con quesito diagnostico, anche in caso di gravidanza e prevenzione.

D2. Si pone il seguente quesito: “Art. 4.1 Prestazioni tramite servizio sanitario nazionale. Si chiede se, che oltre alle voci indicate a titolo di esempio, siano intese incluse tutte le prestazioni sanitarie anche se non espressamente normate alle singole garanzie del Capitolato ferme le esclusioni all’articolo 12.”

R2. Nell’ambito della garanzia all’art. 4.1 “Prestazioni tramite servizio sanitario nazionale” sono incluse tutte le prestazioni sanitarie che sono espressamente normate alle singole garanzie del Capitolato ferme le esclusioni all’articolo 12.

D3. Si pone il seguente quesito: “In merito alle prestazioni previste in tutti gli ambiti indicati all’art. 4.2 ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA, si chiede all’Ente se esse siano in copertura se eseguite sia in regime ambulatoriale che in regime di Day Hospital /ricovero.”

R3. Per le prestazioni previste in tutti gli ambiti indicati all’art. 4.2 “ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA”, si conferma che esse sono in copertura se eseguite solo in regime ambulatoriale. Non è previsto in tale garanzia il regime di Day Hospital /ricovero.

D4. Si pone il seguente quesito: “In riferimento al medesimo art. 4.2 ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA, si chiede all’Ente se, non essendo gli elenchi finiti, si intendano liquidabili tutte le prestazioni diagnostiche e tutte le terapie relative agli ambiti indicati.”

R4. Si conferma. Gli ambiti indicati all’art. 4.2 “ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA” sono generici e pertanto si intendono ricomprese tutte le prestazioni diagnostiche e tutte le terapie relative a tali ambiti.



D5) Si pone il seguente quesito: “Nel caso delle Terapie di cui al punto 5 della garanzia ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA (art. 4.2), si chiede conferma che la franchigia prevista in forma diretta in rete e il minimo non indennizzabile/scoperto per la forma rimborsuale siano da applicare per ciclo di terapia, ferma restando l’applicazione del limite per singola prestazione in caso di esami diagnostici/accertamenti.”

R5. *Si conferma.*

D6. Si pone il seguente quesito: “Art. 4.3 Visite specialistiche. Si chiede se, non essendo specificato, si intenda erogare le prestazioni di cui all’articolo 4.3 anche senza la presenza della prescrizione indicante il quesito diagnostico o la patologia.”

R6. *La prescrizione medica attestante il quesito diagnostico è sempre necessaria per tutte le garanzie incluse nel Capitolato posto a base di gara, ad eccezione delle garanzie all’art. 4.9 “PACCHETTO GRAVIDANZA” e all’art. 4.8 “PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE”.*

D7. Si pone il seguente quesito: “Art. 4.3 Visite specialistiche. Si chiede conferma che l’importo massimo di 85 euro in caso di rimborso sia da intendersi applicato ad ogni prestazione.”

R7. *Si conferma.*

D8. Si pone il seguente quesito: “Si chiede gentilmente se l’Indennità giornaliera di € 40 di cui all’art. 4.4 RICOVERO si intenda erogabile senza alcun limite in termini di giorni/anno.”

R8. *Si conferma.*

D9. Si pone il seguente quesito: “Con riferimento agli Impianti endossei di cui all’art. 4.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE, si chiede conferma all’Ente che ai fini liquidativi sia possibile richiedere le immagini radiografiche precedenti e successive alla riabilitazione implantoprotesica.”

R9. *Si conferma che è possibile richiedere le immagini radiografiche pre-trattamento e quelle finali.*

D10. Si pone il seguente quesito: “In merito all’art. 4.8 PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE, si chiede gentilmente conferma che nella voce “visita dermatologica per controllo nei” si intendano incluse 2 distinte prestazioni: Visita specialistica Dermatologica e Mappatura dei nei/Epiluminescenza.”

R10. *Si conferma.*

D11. Si pone il seguente quesito: “Con riferimento al medesimo art. 4.8, si chiede all’Ente cortese conferma che le prestazioni previste - gli esami da laboratorio e il pacchetto a scelta in aggiunta - debbano essere eseguite in un’unica soluzione, e nella stessa struttura convenzionata.

R11. *Si conferma che gli esami da laboratorio e il pacchetto a scelta in aggiunta debbano essere eseguite nella stessa struttura convenzionata ma non in una unica soluzione. Se la struttura convenzionata prescelta non ha disponibilità nello stesso giorno, sarà possibile prevedere, a discrezione della struttura, lo slittamento di alcune prestazioni nei giorni/settimane successivi.*

D12. Si pone il seguente quesito: “Art. 4.8 PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE. Con riferimento alla garanzia 4.8 PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE, si chiede conferma che



gli “Esami del sangue, urine e feci” comprendano qualsiasi esame ematochimico ed analisi di laboratorio a discrezione dell’Assicurato, che dovrà fornire, nel momento di accesso al Centro Sanitario Convenzionato, l’elenco dettagliato di esami ed analisi che intende effettuare (con prescrizione medica, anche senza indicazione di patologia/Quesito diagnostico), senza l’applicazione di alcun massimale.

R12. Non si conferma. Gli “Esami del sangue, urine e feci” comprendano gli esami ematochimici ed analisi di laboratorio base (per es. alanina aminotransferasi ALT, aspartato aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), TSH riflesso, urea, VES); l’elenco completo dovrà essere fornito dall’operatore economico che si aggiudicherà la procedura. Nell’ambito della garanzia 4.8 “PROGRAMMI DI DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE” non è previsto nessun massimale se non la condizione che sia un programma di diagnosi precoce e prevenzione all’anno (inteso come periodo di annualità della polizza) ad Assistito/a; inoltre, l’Assistito/a potrà beneficiare delle prestazioni incluse nel programma di diagnosi precoce senza la necessità di dover presentare una prescrizione medica.

D13. Si pone il seguente quesito: “Art. 12 Esclusioni. Vista l’assenza di esclusioni specifiche all’articolo 12, si chiede se siano incluse nelle garanzie del Capitolato tutte le prestazioni odontoiatriche, nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici anche se aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico.”

R13. Non si conferma. Le prestazioni odontoiatriche incluse in copertura sono quelle riportate all’art. 4.6 “PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE” le cui condizioni potranno essere migliorate e ampliate come da Criterio n. 6 dell’All. 8 “Modello Offerta Tecnica”.

Gli interventi chirurgici non sono inclusi in copertura.

Per quanto concerne gli accertamenti diagnostici è previsto in copertura quanto indicato all’art. 4.2 “ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA”.

D14. Si pone il seguente quesito: “Art. 10.2 Rinnovo a titolo privato. Poiché alla scadenza del contratto si presume verrà bandita nuova gara per la copertura collettiva, e non è detto che la futura gara sarà aggiudicata alla stessa Compagnia che si aggiudicherà questa procedura, si deduce che la Compagnia che si aggiudicherà questa copertura debba tener conto della possibilità che, dopo la scadenza del Contratto della polizza collettiva, essa dovrà offrire una copertura ad adesione volontaria (quindi caratterizzata da antiselezione del rischio) senza la possibilità di fare mutualità con la copertura collettiva. A questo punto si tratterebbe di una polizza ad adesione individuale volontaria, totalmente slegata dal Contratto con l’Università. Si chiede conferma della corretta interpretazione in merito a quanto sopra riportato. Si chiede inoltre conferma che le condizioni, in termini di garanzie e premi, dell’eventuale rinnovo a titolo privato potranno essere a totale discrezione della Società/Cassa.”

R14. Si rinvia alla risposta R5 fornita alla domanda D5 nell’ambito del Chiarimento n. 4.

D15. Si pone il seguente quesito: “All’ Art. 6.5 del Disciplinare di gara - pag. 14, relativamente ai Requisiti di capacità tecnico-professionale per la partecipazione alla procedura di gara nella forma di raggruppamento, viene richiesto testualmente “Il requisito di cui al punto 6.4 lett. a) deve essere soddisfatto dall’impresa mandataria dal raggruppamento/consorzio nel complesso;”. Si chiede pertanto di confermare che il requisito de quo debba essere posseduto dal raggruppamento nel suo complesso.”

R15. Si conferma. Per completezza, si rinvia alla risposta R1.3 fornita al quesito D1.3 nell’ambito del Chiarimento n. 3.



D16. Si pone il seguente quesito: “Con riferimento ai Requisiti di idoneità professionale di cui all’art. 6.2 pag. 12 lettera a) del Disciplinare di gara, si chiede conferma che la documentazione richiesta ossia “dichiarazione del legale rappresentante/procuratore resa in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000, con la quale si dichiara l’insussistenza del suddetto obbligo di iscrizione alla C.C.I.A.A., allegando copia dell’Atto costitutivo o dello Statuto” debba essere prodotta in sede di comprova e non in offerta.

R16. Non si conferma. La richiamata documentazione deve essere presentata in sede di offerta.

D17. Si pone il seguente quesito: “Per la presentazione dell’offerta, all’interno della Busta Amministrativa, tra le altre, viene richiesta la compilazione dell’Allegato “Sga 24_807_All_1bis_Dich_art_102”. Si chiede conferma che il suindicato documento sia richiesto solo per la Compagnia Mandante del raggruppamento e non anche dalla Cassa (Mandataria nell’RTI), regolarmente iscritta all’Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi.”

R17. Si precisa che il richiamato allegato dovrà essere presentato da ciascun componente del raggruppamento.

D18. Si pone il seguente quesito: “Nell’offerta tecnica, rispetto Criterio 2, si chiede conferma sull’interpretazione del calcolo per determinare il punteggio del concorrente:
Punteggio concorrente = Punteggio max (5) * importo minimo offerto / importo offerto da concorrente.”

R18. Si conferma.

Milano, 10.01.2025

DIREZIONE CENTRALE ACQUISTI
LA RESPONSABILE DELEGATA
Dott.ssa Fabrizia Morasso