

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

Prot. 251/04.02.03

Roma, 19 gennaio 2016

**A tutte le ditte interessate**

Chiarimenti di gara.

Oggetto: Procedura di gara aperta, con aggiudicazione con criterio dell'offerta economicamente piu' vantaggiosa, per l'affidamento triennale della copertura assicurativa di rimborso spese sanitarie per il personale in servizio del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e delle coperture assicurative integrative (polizze B e C)- CIG: 6522333F72

In merito alla procedura di gara in oggetto, in data 14.1.2016 sono pervenute da parte di una Società le seguenti richieste di chiarimenti:

## **Richiesta n.1**

Ai fini di una corretta valutazione del rischio si chiede di poter avere la distribuzione territoriale per provincia, per sesso e per età degli assicurati. Si chiede anche di avere la distinzione fra il personale operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco e il restante personale. Inoltre, si chiede di conoscere il numero delle teste che hanno aderito alla copertura del Capitolato B) e C), nell'ultimo anno in cui era attiva la copertura assicurativa, con suddivisione fra personale dipendente dell'amministrazione civile dell'Interno, personale in quiescenza, coniugi e figli.

## **Risposta n.1**

Con riferimento ai dati del personale richiesti si rimanda alla tabella integrativa pubblicata, denominata "Composizione del personale complessivo in servizio alla data del 18.9.2015 posto a base di gara".

Con riferimento alle adesioni alle precedenti polizze B e C, si rimanda alla "risposta n.5" contenuta nei "chiarimenti di gara del 15.1.2016- Risposta a 5 quesiti" (prot. 175/04.02.03 del 15.1.2016).

## **Richieste n. 2 e 3**

Con riferimento ai Capitolati tecnici è stato chiesto:

**"Capitolato Tecnico - A) Polizza rimborso Spese Sanitarie**

2) Per non incorrere in contenziosi e interpretare in modo univoco il capitolato, si propone di aggiungere alle "DEFINIZIONI" a pag.2, le seguenti:

- **Centrale Operativa:** E' la struttura della Società costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

- **Documentazione sanitaria:** Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci), nonché del Certificato di Pronto Soccorso in caso di infortunio. In caso di Infortunio occorso durante l'attività lavorativa: certificato INAIL e dichiarazione del Comando comprovante l'Infortunio occorso durante lo svolgimento dell'attività professionale.
- **Struttura sanitaria convenzionata:** Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
- **Accertamento diagnostico:** Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

*Lo stesso vale per il Capitolato B) e C)*

3) Allo stesso modo, per non incorrere in contenziosi, riteniamo opportuno integrare alcune definizioni riportate a pag. 2 "DEFINIZIONI", nel seguente modo:

- **MALATTIA:** Qualunque alterazione **cl clinicamente diagnosticabile** dello stato di salute, **che non sia malformazione o difetto fisico**, e non sia dipendente da infortunio.
- **RICOVERO:** La degenza in Istituto di cura che comporti pernottamento, **documentata da cartella clinica con scheda nosologica.**
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, compresi quelli utilizzando Laser, Criochirurgia o termoablazione, **con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci.**

*Lo stesso vale per il Capitolato B) e C)*

## **Risposte n. 2 e 3**

Le definizioni già presenti nei Capitolati di polizza non possono essere modificate. Potranno, invece, essere inserite definizioni aggiuntive utili a specificare la portata della copertura e in nessun modo modificanti la stessa.

## **Richiesta n.4**

Con riferimento agli articoli Art.4 – Indennità di Ricovero Ospedaliero, Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico e Art. 4.2- Ricovero senza intervento chirurgico del Capitolato tecnico A, si chiedono le seguenti conferme interpretative, al fine di liquidare le Diarie nel pieno rispetto di quanto previsto dal Capitolato:

1) la diaria giornaliera di cui all' "Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico", verrà corrisposta:

- a) in caso di Ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico, di cui all'Allegato nr. 1, a partire dalla prima notte di Ricovero
- b) in caso di Ricovero con Intervento, diverso da Grande Intervento, e in caso di parto Cesareo, a partire dalla sesta notte consecutiva di Ricovero.
- c) in caso di parto Cesareo, a partire dalla sesta notte consecutiva di Ricovero
- d) in caso di Day Hospital Chirurgico, a partire dal sesto Day Hospital Chirurgico reso necessario dalla medesima patologia ed effettuato nella medesima annualità assicurativa

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

*e) in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, a partire dal sesto Intervento Chirurgico Ambulatoriale reso necessario dalla medesima patologia ed effettuato nella medesima annualità assicurativa*

2) *la diaria giornaliera di cui all'art. "Art. 4.2 Ricovero - Ricovero senza intervento chirurgico", verrà corrisposta:*

*a) in caso di Ricovero senza intervento, a partire dal terza notte consecutiva di Ricovero.*

*b) in caso di Day Hospital senza intervento, a partire dal sesto Day Hospital senza intervento reso necessario dalla medesima patologia ed effettuato nella medesima annualità assicurativa.*

*Si conviene inoltre che le ulteriori spese sostenute dall'Assicurato ed indicate nel penultimo e nel terzultimo capoverso dell'articolo "Art. 4.1 - Ricovero con Intervento Chirurgico" ed indicate nel penultimo capoverso dell'"Art. 4.2 Ricovero - Ricovero senza intervento chirurgico" si intendano liquidabili solo nel caso di avvenuta corresponsione dell'indennità/della diaria.*

*Si chiede cortese conferma delle interpretazioni sopra-esposte*

*La medesima interpretazione verrebbe applicata ai corrispondenti punti/articoli del "Capitolato Tecnico B) Polizza Sanitaria ad Adesione Volontaria"*

## **Risposta n. 4**

1) Diaria per ricovero con intervento chirurgico:

a) si conferma che la diaria verrà corrisposta, in caso di Ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico, di cui all'Allegato nr. 1, a partire dalla prima notte di Ricovero;

b) si conferma che la diaria verrà corrisposta, in caso di Ricovero con Intervento, diverso da Grande Intervento, e in caso di parto Cesareo, a partire dalla sesta notte consecutiva di Ricovero;

c) si conferma che la diaria verrà corrisposta in caso di parto Cesareo, a partire dalla sesta notte consecutiva di Ricovero

d) in caso di Day Hospital Chirurgico non verrà applicata alcuna franchigia temporale

e) in caso di Intervento Chirurgico ambulatoriale non verrà applicata alcuna franchigia temporale

2) Diaria per ricovero senza intervento chirurgico

a) si conferma che la diaria verrà corrisposta in caso di Ricovero senza intervento, a partire dal terza notte consecutiva di Ricovero;

b) in caso di Day Hospital non verrà applicata alcuna franchigia temporale

Si conferma che le spese pre e post ricovero e le spese per accompagnatore sono liquidabili solo nel caso di corresponsione della Diaria

## **Richiesta n. 5**

A pag. 5 all'art. 4.1 – *Ricovero con Intervento Chirurgico* del Capitolato tecnico A, si legge "Nel caso di ricovero con intervento chirurgico, oltre alla diaria giornaliera, la società provvederà alla rimborso integrale

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

delle spese sostenute, fino alla concorrenza di € 3.750,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti al ricovero”. Si chiede conferma che tale massimale debba valere anche per le spese indicate nel paragrafo immediatamente sottostante, relativo alle spese effettuate nei 45 giorni successivi alla dimissione dall’Istituto di cura.

## **Risposta n. 5**

Si conferma che il massimale di €3.750,00 è unico per le spese pre e post ricovero.

## **Richiesta n. 6**

A pag. 7, all’art. 5 – *Alta Specializzazione* del Capitolato tecnico A, si legge: ”La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l’indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione”. Si chiede se tale richiesta debba valere anche nel caso di utilizzo del S.S.N.

Lo stesso vale per il Capitolato B)

## **Risposta n. 6**

Si conferma che la suddetta richiesta deve valere anche nel caso di utilizzo del S.S.N.

## **Richiesta n. 7**

Con riferimento alla garanzia di cui all’Art. 8 – *Prevenzione* del Capitolato tecnico A si chiede di confermare che le prestazioni:

- “esame mammografico per le assicurate che abbiano compiuto il 35° anno di età” e
- “TC spirale e HRCT (tomografia computerizzata ad alta risoluzione)”

possano essere fruite previa presentazione della prescrizione medica anche indicante “controllo, check up o screening” in applicazione del Decreto Attuativo 187/2000.

Si chiede altresì di conferma che le seguenti prestazioni:

- “rinoscopia”, “faringoscopia”, “laringoscopia”, “tracheoscopia” e “broncoscopia” facenti capo al gruppo di “endoscopia respiratoria”
- “esofagogastroduodenoscopia (esami endoscopici dell’apparato digerente)” e “rettosigmoidoscopia (esami endoscopici dell’apparato digerente)” facenti capo al gruppo di “endoscopia digestiva”

possano essere fruibili alternativamente tra di loro, una volta all’anno.

La medesima interpretazione verrebbe applicata al corrispondente articolo del “Capitolato Tecnico B) Polizza Sanitaria ad adesione Volontaria”

## **Risposta n. 7**

Per l’esame mammografico per assicurate oltre il 35° anno di età e per la TC spirale e HRCT si conferma la presentazione della prescrizione, come previsto dal Decreto.

Tutte le prestazioni di cui all’art. 8 Prevenzione, compresi gli esami facenti capo alla “endoscopia respiratoria” e quelli facenti capo alla “endoscopia digestiva”, potranno essere effettuati tutti – e non alternativamente tra di loro - una volta all’anno. Lo stesso vale per tutti i capitolati.

## **Richiesta n. 8**

Con riferimento all’Art. 9 – *Chirurgia Refrattiva corneale con laser ad eccimeri o laser in genere per il recupero dell’acutezza*

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

*visiva* del Capitolato tecnico A, si chiede di confermare se all'attivazione del piano sanitario, l'elenco degli Assicurati sarà inoltrato con distinzione tra il "Personale Operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco" e il "restante personale";

La presente richiesta è finalizzata ad identificare nel più breve tempo possibile le diverse condizioni contrattuali previste per il "Personale Operativo del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco" e il "restante personale" e procedere nel modo più rapido con l'erogazione delle prestazioni in conformità a quanto regolamentato dal Capitolato e fornire di conseguenza il migliore servizio possibile agli Assicurati.

Si chiede altresì di confermare che la franchigia di €600,00 sia applicata per occhio.

## **Risposta n. 8**

Si conferma che l'anagrafica degli assicurati sarà completa dell'indicazione di appartenenza al corpo operativo.

La franchigia di €600 dovrà essere applicata per evento e non per occhio.

## **Richiesta n. 9**

In relazione all'Art. 11.1 – *Terapia fisica e riabilitazione* del Capitolato Tecnico A, *operante a seguito di Infortunio* si chiede di confermare:

- per quanto riguarda gli infortuni occorsi al di fuori dell'attività lavorativa, l'Assicurato potrà inoltrare alla Società, in assenza del certificato di Pronto Soccorso, copia del certificato emesso dall'INAIL attestante l'infortunio, nonché le prescrizioni del medico curante prescrivente i trattamenti di terapia fisica e riabilitazione;

- per quanto concerne gli infortuni occorsi durante l'attività lavorativa, l'Assicurato inoltrerà in aggiunta alla documentazione prevista da Capitolato, la dichiarazione del Comando comprovante l'Infortunio occorso durante lo svolgimento dell'attività professionale.

La medesima interpretazione verrebbe applicata al corrispondente articolo del Capitolato B)

## **Risposta n. 9**

Poiché gli assicurati non sono iscritti all'Inail, la certificazione dovrà essere solamente quella del Pronto Soccorso o di medico specialista attinente all'evento o da medico del comando di appartenenza purché specialista in medicina dello sport, ortopedia, fisiatria o traumatologia, come indicato all'art. 11.1.

## **Richiesta n. 10**

A pag. 12, all'art. 13 – *Clausola di partecipazione agli utili* del Capitolato tecnico A, si legge "...passivo: l'importo dei danni liquidati, l'importo dei danni pendenti o comunque in corso di liquidazione...".

Poiché in tale clausola non si trova alcun riferimento ad eventuali sinistri tardivi e poichè il calcolo della partecipazione agli utili viene fatto trascorsi sei mesi dalla cessazione del contratto, si chiede conferma che tutti i sinistri che dovessero pervenire successivamente a tale data, non saranno oggetto di rimborso. In caso contrario, si ritiene che anche i sinistri tardivi debbano essere ricompresi nel calcolo.

## **Risposta n. 10**

Relativamente ai sinistri tardivi si conferma che essi dovranno essere comunque oggetto di rimborso. Al fine di tenerne conto nel calcolo del rapporto S/P, è indicato che ai sinistri liquidati e riservati si aggiungerà il 2,5% della somma degli importi liquidati e

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

riservati.

## **Richiesta n. 11**

A pag. 14, all'art. 19.2 – *Sinistri in strutture sanitarie convenzionate con la Società* del Capitolato tecnico A si legge: “In mancanza di struttura convenzionata in prossimità della dimora dell'assicurato, [...]”. Si chiede conferma che con il termine “in prossimità” si intenda una distanza inferiore a 50 km rispetto alla dimora, come definito a pag. 24 del disciplinare di gara al punto 15, relativamente all'estensione di garanzia prevista per la prevenzione.

## **Risposta n. 11**

Si conferma che con il termine “in prossimità” si intende una distanza inferiore a 50 km rispetto alla dimora, come definito a pag. 24 del disciplinare di gara al punto 15, relativamente all'estensione di garanzia prevista per la prevenzione.

## **Richiesta n. 12**

A pag. 2 alla PREMESSA del Capitolato tecnico B, si legge: “La copertura è operante per le prestazioni oggetto di assicurazione rese necessarie da situazioni patologiche insorte successivamente alla decorrenza dell'assicurazione....” e a pag. 5 all'art. 3 – Oggetto dell'assicurazione si legge: “L'assicurazione è operante in caso di malattia e/o infortunio, purchè occorso durante l'operatività del contratto,...”. Poiché per tutte le prestazioni previste alle pag. 9-10-11 all'art. 11 – Garanzie Aggiuntive, si prevede il rimborso delle spese mediche a seguito di infortuni/incidenti subiti nella precedente attività lavorativa, ne consegue che tali prestazioni verranno rimborsate solo per i pensionati divenuti tali a partire dall'inizio della seconda annualità assicurativa e relativamente agli infortuni/incidenti avvenuti nel corso della prima annualità.

## **Risposta n. 12**

Limitatamente alle garanzie VALIDE PER IL PERSONALE IN QUIESCENZA (artt. n. 11.1; 11.2; 11.3; 11.4; 11.5; 11.6; 11.7), al fine di non incorrere in carenze di copertura è da intendersi estesa alle situazioni patologiche già insorte.

## **Richiesta n. 13**

Al fine rendere l'interpretazione del piano sanitario univoca e di evitare qualsiasi tipo di contenzioso, si propone alla stazione appaltante di integrare l'Art. 13 – *Delimitazione dell'Assicurazione* del Capitolato tecnico B, a pag. 12, con la seguente esclusione:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.

La medesima interpretazione verrebbe applicata al corrispondente articolo del Capitolato C)

## **Risposta n. 13**

Si conferma l'esclusione delle cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, anche per il Capitolato tecnico C

## **Richiesta n. 14**

A pag. 15, all'art. 27 – *Premio* del Capitolato tecnico B, sono indicati i premi relativi alle varie categorie. Ad esempio, per il nucleo familiare del personale del Corpo

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

Nazionale dei Vigili del Fuoco, sono riportati i seguenti premi:

- Solo coniuge: € 100,00
- Coniuge e figli: € 250,00

Nel caso in cui un titolare avesse, all'interno del suo stato di famiglia, solo uno o più figli, si chiede quale premio debba pagare. Lo stesso vale per le altre categorie.

Inoltre, qualora il titolare decidesse di acquistare la copertura per il suo nucleo, si chiede conferma che debbano essere obbligatoriamente inseriti tutti i componenti del nucleo familiare.

Con riferimento al Capitolato Tecnico - C) Polizza sanitaria ad adesione facoltativa, all'Art. 3 – Oggetto dell'Assicurazione, a pag. 5, si chiede di confermare le seguenti interpretazioni:

- a) il rimborso delle spese per la retta di degenza, previste ai punti A) e B) non comprende le spese voluttuarie;
- b) i limiti per il rimborso delle eventuali spese per l'accompagnatore, previste al punto A), si intendono applicati per anno e per nucleo familiare;
- c) le spese di rimpatrio della salma, previste al punto A), si intendono applicate per evento;
- d) il massimale previsto per parto senza taglio cesareo, previste al punto C), si intende per anno e per nucleo familiare.

## **Risposta n. 14**

Con riferimento al Capitolato tecnico B, il premio coniuge e figli dovrà rimanere invariato indipendentemente dal numero di figli. L'adesione sarà relativa obbligatoriamente a tutto il nucleo familiare.

Con riferimento al Capitolato tecnico C:

- a) si conferma che non sono comprese le spese voluttuarie;
- b) si conferma che i limiti per il rimborso delle eventuali spese per l'accompagnatore, previste al punto A), si intendono applicati per anno e per nucleo familiare;
- c) si conferma che le spese di rimpatrio della salma, previste al punto A), si intendono applicate per evento;
- d) si conferma che il massimale previsto per parto senza taglio cesareo, previste al punto C), si intende per anno e per nucleo familiare.

## **Richiesta n. 15**

A pag. 23 all'art. 8 – *Modalità di aggiudicazione* del Disciplinare di gara, al punto 5) Numero di operatori Centrale Operativa, è previsto un punteggio pari a 8 punti nel caso di un numero di operatori da 101 a 300 e un punteggio pari a 10 punti nel caso di un numero di operatori oltre 301. Si ritiene che quest'ultimo valore sia un refuso e si volesse intendere "oltre 300". Si chiede conferma di tale interpretazione.

## **Risposta n. 15**

I 10 punti verranno assegnati al concorrente che ha un numero di operatori nella centrale operativa maggiori o uguali a 301.

## **Richiesta n. 16**

A pag. 24, all'art. 8 – *Modalità di aggiudicazione* del Disciplinare di gara, al punto 13) Convenzionamenti in forma diretta, è previsto un punteggio pari a 4 punti nel caso di un

# Opera Nazionale di Assistenza per il Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco

(Eretta in Ente Morale con D.P.R. 30 Giugno 1959, n. 630)  
presso il MINISTERO DELL'INTERNO

numero di convenzionamenti da 500 a 899 e un punteggio pari a 5 punti nel caso di un numero di convenzionamenti oltre 900. Si ritiene che il valore 899 sia un refuso e si volesse intendere da 500 a 900. Si chiede conferma di tale interpretazione.

## **Risposta n. 16**

I 4 punti verranno assegnati al concorrente che ha un numero di convenzionamenti in forma diretta da minimo 500 a massimo 899 compreso mentre e 5 punti verranno assegnati al concorrente che ha un numero di convenzionamenti in forma diretta oltre i 900 compresi.

## **Richiesta n. 17**

A pag. 24, all'art. 8 – *Modalità di aggiudicazione* del Disciplinare di gara, al punto 14) Convenzionamenti in forma diretta, è previsto un punteggio pari a 4 punti nel caso di un numero di convenzionamenti da 500 a 899 e un punteggio pari a 5 punti nel caso di un numero di convenzionamenti oltre 900. Si ritiene che il valore 899 sia un refuso e si volesse intendere da 500 a 900. Chiediamo conferma di tale interpretazione.

## **Risposta n. 17**

Si veda il punto 16 di cui sopra.

**Il Responsabile del procedimento**  
Barbieri