

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA
AREA APPROVVIGIONAMENTI
Servizio gare

RISPOSTA A QUESITI N. 7

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE DELL’UNIVERSITA’ DEGLI STUDI DI GENOVA. CIG 7337823319

Con riferimento alla procedura indicata in oggetto si porta a conoscenza la risposta fornita al seguente quesito posto all’ente appaltante da parte di un operatore interessato a detta procedura.

Schema di valutazione dell’offerta tecnica ed economica

D.1 Al punto B.7.5 “Aumento o rimozione del massimale” a pagina 6 si legge “il coefficiente (...) sarà calcolato mediante la seguente formula

$$V(a)_i = \frac{\text{Aumento offerto sul massimale}}{\text{Aumento massimo offerto}}$$

Il massimale dovrà essere espresso in valore percentuale (%) (...)

Si chiede conferma che con “il massimale” si intenda l’aumento percentuale di massimale, di conseguenza il concorrente che voglia incrementare il massimale della garanzia da € 5.000,00 a € 10.000,00 dovrà indicare 100%.

Poiché la garanzia 3.2 “Alta diagnostica privata” a pagina 10 del Capitolato Tecnico recita “(...) Massimale annuo di almeno € 5.000,00 elevato ad € 7.000,00 per diagnostica collegata a patologie oncologiche (...)”, si chiede all’Ente se l’eventuale aumento offerto debba essere applicato al massimale di € 7.000,00 per la diagnostica collegata a patologie oncologiche.

R.1 Si conferma che il massimale dovrà essere espresso in valore percentuale. Pertanto ad un aumento del massimale pari al 100% corrisponderà un valore dello stesso pari a € 10.000. Lo stesso valore sarà riferito anche al massimale per la diagnostica collegata a patologie oncologiche che pertanto salirà a € 14.000.

D.2 Al punto B.7.5 “Aumento o rimozione del massimale” a pagina 6 si legge “(...) Qualora l’offerta non prevedesse alcun massimale saranno assegnati 1 punto. Al fine tuttavia di ripartire il punteggio tra gli altri concorrenti, alla predetta migliore offerta sarà assegnato il valore convenzionale di 300”.

Poiché il massimale annuo previsto per la garanzia 3.2 “Alta diagnostica privata” è pari a € 5.000,00, qualora una concorrente offrisse un massimale superiore a € 20.000,00, corrispondente a un incremento del 300%, al concorrente verrà comunque assegnato 1 punto.

Si chiede conferma della corretta interpretazione.

R.2 Al concorrente che dovesse offrire un valore percentuale pari a 300 sarà assegnato il punteggio 1 qualora tale valore risulti il massimo valore offerto.

Capitolato Tecnico

- D.3** A pagina 10 all'art.3.2 "Alta diagnostica privata" si legge "Massimale annuo di almeno € 5.000,00 elevato ad € 7.000,00 per diagnostica collegata a patologie oncologiche". Si chiede conferma che il massimale debba essere inteso per anno assicurato e nucleo familiare.
Medesima interpretazione verrà estesa a tutte le garanzie previste sul Capitolato Tecnico.
- R.3** Si conferma che il massimale è inteso per assicurato/anno. Si ribadisce che la copertura assicurativa è a carico dell'Ateneo a favore dei propri dipendenti PTA.
I familiari del personale TA, i docenti e i loro familiari possono aderire volontariamente rapportandosi individualmente con la Società/Cassa, attivando l'assistenza, alle stesse condizioni previste dal Capitolato, con oneri a proprio carico.
- D.4** A pagina 11 all'art.3.5 "Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche" si legge "Trattamenti ortodontici e protesi fissi e mobili -
Intervento presso strutture convenzionate: assistenza in forma diretta con franchigia di 200
Intervento presso strutture non convenzionate: rimborso con un massimale annuo di € 250".
Si chiede conferma che in caso di utilizzo di strutture convenzionate debba essere applicata una franchigia di 200 € per prestazione con un massimale annuo € 250.
- R.4** Presso le strutture convenzionate è prevista l'assistenza in forma diretta con franchigia di €200 – non è previsto massimale.
Per gli interventi presso strutture non convenzionate invece il rimborso ha un massimale annuo di € 250.
- D.5** Si chiede cortesemente di confermare che per le prestazioni "impianti endossei", "Trattamenti ortodontici e protesi fissi e mobili" e "Otturazioni e cure canalari" a pagina 11 all'art.3.5 "Prestazioni odontoiatriche e ortodontiche", ai fini di verificarne la corretta liquidabilità, l'assicurato debba produrre le radiografie e i referti radiografici e tutta la documentazione medica necessaria.
- R.5** La corretta liquidabilità si pone per le prestazioni presso strutture non convenzionate e si considerano sufficienti gli elementi documentali idonei a provare l'avvenuta prestazione sulla base delle esigenze mediche dell'assistito.
- D.6** A pagina 11 all'art.3.6 "Prestazioni fisioterapiche" si legge "(...) Ciclo di prestazioni da effettuarsi presso strutture convenzionate: (...) con massimale annuo € 350 (...) Ciclo di prestazioni da effettuarsi presso strutture non convenzionate: (...) massimale annuo di € 250".
Si chiede conferma che il massimale annuo di € 250 in caso di utilizzo di strutture non convenzionate sia da ritenersi un sotto-massimale del massimale annuo di € 350.

R.6 NO, la previsione è diversa a seconda che si tratti di cicli di prestazioni presso strutture convenzionate o meno:

- se convenzionate: massimale € 350 (e franchigia più bassa);
- se non convenzionate: massimale € 250 (e franchigia più alta).

Il Responsabile Unico del Procedimento

Dott.ssa Claudia De Madai

