



POLITECNICO DI MILANO

GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI SERVIZI INTEGRATI DI PEOPLE CARE PER IL POLITECNICO DI MILANO – CIG 88109176B8

VERBALE DI GARA n. 1 della seduta del 25 Agosto 2021

Il giorno 25 (venticinque) del mese di Agosto dell'anno 2021, alle ore 15:00, presso la Saletta Donatori del Rettorato del Politecnico di Milano piazza Leonardo da Vinci 32, Milano;

PREMESSO

- che con Decreto del Direttore Generale Protocollo n. 106208/2021, del 28/06/2021 è stata indetta gara europea a procedura aperta, per l'acquisizione della fornitura di "SERVIZI INTEGRATI DI PEOPLE CARE PER IL POLITECNICO DI MILANO", per un valore complessivo di € 6.263.350,00 fuori campo IVA con durata biennale ed eventuale rinnovo per un periodo di 2 anni e nuovamente per un ulteriore periodo di 2 anni (per la durata massima di 6 anni);
- che con Decreto del Direttore Generale Rep. n. 7024/2021 prot. 134575 del 16/08/2021, è stata incaricata la Commissione giudicatrice composta da:

Prof. Maurizio Zani – Presidente
Dott.ssa Manuela Ghielmetti – Componente
Dott. Piero Ruggeri – Componente

Dott. Michele Righi – Segretario Verbalizzante

- che risultano tempestivamente depositati sul sistema informatico di gestione gare del Politecnico di Milano, entro il termine perentorio per la presentazione delle offerte, n. 2 (due) offerte telematiche da parte dei seguenti concorrenti, correttamente firmate digitalmente, come da tabelle a seguire:

NUMERO PROTOCOLLO INFORMATICO	FORNITORE	MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE	DATA	STATO OFFERTA
1627991327694	SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI 00875360018	Forma singola	martedì 3 agosto 2021 13.48.47 CEST	Valida
1627915235827	INSIEME SALUTE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO 11352100157	Forma singola	lunedì 2 agosto 2021 16.40.35 CEST	Valida

Tutto ciò premesso, ritenuto parte integrante e sostanziale del presente verbale, nel giorno e nell'ora predetti, la Commissione giudicatrice, come sopra costituita, constatata la regolarità della propria costituzione e la presenza di tutti i suoi componenti, procede alla verifica delle offerte tecniche presentate dai soggetti offerenti.

Il Presidente ricorda che, ai sensi dell'art. 22 del Disciplinare di gara, l'aggiudicazione avverrà in base al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ai sensi dell'art. 95, comma 2 del Codice.

La valutazione dell'offerta tecnica e dell'offerta economica sarà effettuata in base ai seguenti punteggi:

	PUNTEGGIO MASSIMO
Offerta tecnica	90
Offerta economica	10
TOTALE	100

Il Presidente specifica che i criteri di valutazione dell'offerta tecnica, così come previsti dal Disciplinare di gara, sono i seguenti:

Offerta tecnica (90 punti)					Punti max	Modalità di Valutazione (D/Q)	
A	COPERTURE GENERALI PER TUTTA LA POPOLAZIONE				7		
	A.1	Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati		2		D	
	A.2	Accesso alla rete di strutture convenzionate		3		D	
	A.3	Centrale telefonica H24		2		D	
B.1	CARATTERISTICHE COMPLESSIVE DEL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E SOCIO-ASSISTENZIALE				20		
	B.1.1	Proposta di convenzione		11		D	
	B.1.2	Modalità adesione/rinnovo/cessazione dell'assistenza		1		D	
	B.1.3	Modalità di accesso alle prestazioni, rimborsi e servizi di assistenza		6		D	
	B.1.4	Copertura preesistente		2		D	
B.2	COPERTURE E SERVIZI OFFERTI				45		
	B.2.1	Migliori condizioni VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE				6	
		B.2.1.1	Incremento del n° massimo di visite coperte per le prestazioni in rete	2			Q
		B.2.1.2	Riduzione della franchigia per le prestazioni in rete	1			Q
		B.2.1.3	Incremento del n° massimo di visite coperte per le prestazioni FUORI rete	2			Q
		B.2.1.4	Riduzione della franchigia e del massimale per le prestazioni FUORI rete	1			Q
	B.2.2	Migliori condizioni ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA				3	
		B.2.2.1	Riduzione della franchigia per prestazioni erogate in forma diretta in rete	1			Q
		B.2.2.2	Riduzione dello scoperto minimo per prestazioni erogate in forma rimborsuale FUORI rete	2			Q
	B.2.3	Migliori condizioni per RICOVERI e GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI				2	D

	B.2.4	Migliori condizioni PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE			8		
		B.2.4.1	Migliori condizioni per ABLAZIONI TARTARO e OTURAZIONI	2			D
		B.2.4.2	Migliori condizioni per TRATTAMENTI ORTODONTICI	2			D
		B.2.4.3	Migliori condizioni per IMPIANTI ENDOSSEI	3			D
		B.2.4.4	Migliori condizioni per altre prestazioni	1			D
	B.2.5	Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di ricovero e/o accesso al Pronto Soccorso			6		D
	B.2.6	Programmi di diagnosi precoce e prevenzione personalizzati			8		D
	B.2.7	Programmi di supporto alla fragilità			5		
		B.2.7.1	Ampiezza e tipologia delle casistiche di eventi coperti e riduzione di eventuali limitazioni	2			D
		B.2.7.2	Riduzione della franchigia e del massimale per le prestazioni offerte	1			Q
		B.2.7.3	Numero di prestazioni offerte	2			Q
	B.2.8	Offerta opzionale di pacchetto pediatrico e pacchetto maternità			5		D
	B.2.9	Migliori condizioni PRESTAZIONI ACCESSORIE e altri servizi offerti a titolo gratuito			2		D
B.3	PIANO ASSISTENZA SOCIO ASSISTENZIALE				15	D	
C	PACCHETTI AGGIUNTIVI AD ADESIONE VOLONTARIA				3	D	

Il Presidente dà poi lettura delle motivazioni sulla base delle quali la Commissione dovrà procedere alla valutazione delle offerte di natura discrezionale ("D" della tabella), come indicato nel disciplinare all'art. 22.2 e di seguito riportate.

A. COPERTURE GENERALI PER TUTTA LA POPOLAZIONE

A.1 Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati – Punti 2

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie rispetto a quanto previsto dal Capitolato, riferite alla fornitura di servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce quali, a solo titolo di esempio non esaustivo, strumenti di autodiagnosi e profilazione per l'identificazione e restituzione all'assistito di un "programma di prevenzione personalizzato" in base a genere, età, anamnesi, familiarità, indicanti i controlli consigliati e relativa periodicità.

Saranno valutate esclusivamente migliorie offerte a titolo gratuito descritte e quantificate in modo preciso (ad esempio: incremento numero e tipologia prestazioni aggiuntive offerte in rete e/o fuori rete, incremento massimali, riduzioni di franchigie, riduzione % scoperto). Non saranno valutate proposte indeterminate.

A.2 Accesso alla rete di strutture convenzionate – Punti 3

Saranno valutate positivamente ampiezza e accessibilità della rete di strutture convenzionate, sulla base dei seguenti elementi:

- Ampiezza della rete in particolare nei comuni di Milano, Como, Lecco, Mantova, Cremona e Piacenza, ove sono presenti sedi del Politecnico di Milano. In secondo luogo sarà valutata positivamente la diffusione della rete su tutto il territorio nazionale ed eventualmente all'estero
- Possibilità di ricerca online della struttura in base alla prestazione desiderata, anche tramite geo localizzazione
- Facilità e supporto per la prenotazione della prestazione desiderata (es: prenotazione direttamente online, prenotazione tramite call center, form, ecc.)

- Eventuale accesso a prestazioni a titolo gratuito attraverso la rete convenzionata

A.3 Centrale telefonica H24 – Punti 2

Saranno valutati positivamente servizi di centrale telefonica, non già inclusi a capitolato o nelle coperture di cui ai punti successivi.

Saranno valutate esclusivamente le prestazioni/servizi descritte in modo chiaro, preciso e puntualmente quantificate, esplicitando chiaramente gli eventuali servizi a pagamento e/o a rimborso, le relative condizioni, limiti, esclusioni, massimali e franchigie.

Per servizi a pagamento s'intendono tutte quelle prestazioni per cui il piano di assistenza prevede la ricerca, l'individuazione e la prenotazione del servizio richiesto, il cui costo di erogazione (che sarà già definito nell'ambito del servizio prestato dalla centrale telefonica H24) resta a carico dell'assistito (Es. centrale telefonica individua l'infermiere che erogherà il servizio richiesto il cui costo, così come convenzionato, verrà pagato dall'assistito con le modalità previste).

B.1.1 Proposta di convenzione – Punti 11

Sarà valutata la completezza, la chiarezza e la semplicità della proposta di convenzione fornita.

Saranno valutate positivamente proposte di convenzione che non aggiungano limitazioni per gli assistiti, ad esempio ulteriori limitazioni, condizioni, esclusioni, e che risultino chiare, non ambigue, di semplice lettura e comprensione; i regolamenti che disciplinano i piani di assistenza dovranno essere brevi, semplici e precisi, privi di indicazioni/rimandi a riferimenti esterni di qualsiasi natura che ne rendano difficoltosa la comprensione.

Saranno valutate positivamente proposte di convenzione che prevedano modalità semplici e rapide per le adesioni a titolo volontario. A tal fine saranno valutate positivamente modalità che richiedano poca documentazione allegata, invio della stessa in formato digitale, la presenza di strumenti di supporto ai singoli aderenti quali ad esempio call center.

Saranno positivamente valutate proposte che, in generale ed in relazione a tutti i servizi offerti, presentino servizi di supporto diretto da parte di personale stabile e professionalmente preparato, anche al fine di consentire di interagire nel tempo ed in continuità con lo stesso operatore che ha in gestione la pratica.

Si ricorda che le proposte di convenzione che contengano elementi in contrasto con esplicite previsioni del Capitolato saranno oggetto di esclusione, non sono ammesse proposte di convenzione che non rispettino i requisiti minimi inderogabili previsti dal capitolato.

B.1.2 Modalità adesione/rinnovo/cessazione dell'assistenza – Punti 1

Sarà valutata la completezza, chiarezza e semplicità della descrizione fornita circa le modalità richieste per l'adesione, rinnovo e cessazione dell'assistenza così come richieste a capitolato.

In particolare sarà inoltre positivamente considerato l'innalzamento del limite di età per le adesioni volontarie.

B.1.3 Modalità di accesso alle prestazioni, rimborsi e servizi di assistenza – Punti 6

Sarà valutata la completezza, chiarezza e semplicità della descrizione fornita circa le modalità richieste per accedere alle prestazioni oggetto di copertura, in strutture convenzionate oppure no.

Si richiede di descrivere, in modo chiaro ed esaustivo, tutte le condizioni e modalità previste per accedere alle prestazioni e per usufruire delle coperture.

Saranno positivamente valutate in tal senso la semplicità e fruibilità delle procedure richieste quali, a solo titolo di esempio, l'eventuale obbligo di utilizzare uno specifico servizio di prenotazione offerto, di avvisare prima della prestazione o entro un determinato periodo, ecc, e che richiedano i minimi obblighi per l'assistito (ad esempio: periodi più lunghi per eventuali comunicazioni necessarie).

Le modalità di accesso dovranno essere specificate per tutte le tipologie di prestazione previste in Capitolato.

Sarà valutata la completezza, chiarezza e semplicità della descrizione fornita circa le modalità previste per le richieste di rimborso, nonché delle eventuali limitazioni.

Si richiede di descrivere tutte le condizioni e modalità previste per presentare richieste di rimborso quali, a solo titolo di esempio, la documentazione richiesta, le modalità di invio, le tempistiche previste, ecc.

Le modalità di richiesta rimborso dovranno essere specificate per tutte le tipologie di prestazione previste in Capitolato.

Saranno valutati positivamente servizi di assistenza sia in fase di accesso alle prestazioni erogate in forma diretta sia in relazioni ad i rimborsi, sulla base dei seguenti elementi:

- supporto alla corretta presentazione della pratica, che prevedono canali di comunicazione molteplici, strumenti per avere informazioni sullo stato di avanzamento delle pratiche, riepilogo delle pratiche gestite durante il periodo contrattuale, azioni proattive da parte degli operatori in caso di anomalie nelle pratiche gestite;
- assenza di moduli obbligatori per la richiesta di rimborso
- servizi di trouble ticketing, reportistica periodica sui tempi di evasione delle richieste, nonché del grado di utilizzo dei servizi e dei rimborsi erogati

B.1.4 Copertura preesistenze – Punti 2

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie aggiuntive rispetto alla copertura delle preesistenze così come prevista nel Capitolato; in particolare saranno positivamente considerate le seguenti azioni:

- Riduzione dei valori obiettivo di adesione di cui al paragrafo B.1.4 lettere b), c) del capitolato di gara
- Effetto retroattivo delle preesistenze in caso di raggiungimento degli obiettivi di adesione nella finestra temporale successiva, con questo intendendo che, al verificarsi della casistica prevista al paragrafo B.1.4, la copertura delle preesistenze venga estesa a tutti coloro che nella precedente finestra di adesione non avevano potuto beneficiarne, con effetto retroattivo all'inizio della precedente decorrenza, garantendo quindi il rimborso delle prestazioni effettuate in tale lasso temporale, sempre secondo quanto previsto dal piano di assistenza.

B.2 COPERTURE E SERVIZI OFFERTI

B.2.3 Migliori condizioni per RICOVERI e GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – Punti 2

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie rispetto a quanto previsto dal Capitolato riferite alla copertura aggiuntiva per RICOVERI e GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

Saranno valutate esclusivamente migliorie offerte a titolo gratuito e quantificate in modo preciso.

Saranno valutate positivamente eventuali coperture aggiuntive proposte in termini di ampiezza della copertura, limitatezza delle esclusioni, importo del massimale e di eventuali scoperti o franchigie, diarie, indennità, servizi inclusi, ecc.

B.2.4 Migliori condizioni PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E ORTODONTICHE

Saranno valutate positivamente offerte che propongano eventuali ampliamenti e migliori condizioni per la copertura di tali prestazioni, in rete o fuori rete, quali a solo titolo di esempio: la copertura degli interventi di ablazione del tartaro e otturazioni, l'aumento delle quote di rimborso previsto o del numero delle prestazioni previste.

Saranno valutate esclusivamente migliorie descritte in modo chiaro, preciso e puntualmente quantificate, esplicitando eventuali condizioni, limiti, esclusioni, massimali e franchigie.

Le migliori condizioni proposte saranno valutate separatamente secondo i seguenti sotto criteri:

B.2.4.1	Migliori condizioni per ABLAZIONI TARTARO e OTTURAZIONI	2
B.2.4.2	Migliori condizioni per TRATTAMENTI ORTODONTICI	2
B.2.4.3	Migliori condizioni per IMPIANTI ENDOSSEI	3
B.2.4.4	Migliori condizioni per altre prestazioni	1

Per migliori condizioni s'intendono: incremento del numero e/o tipologia di prestazioni aggiuntive offerte in rete e/o fuori rete, incremento massimali, riduzioni di franchigie, riduzione % di minimo scoperto, rispetto alle richieste da capitolato.

B.2.5 Trattamenti fisioterapici e riabilitativi – Punti 6

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie rispetto a quanto previsto dal Capitolato riferite alla copertura aggiuntiva per TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI.

Saranno valutate positivamente eventuali coperture aggiuntive proposte in termini di ampiezza della copertura (a titolo di esempio: copertura anche a seguito di dimissioni dal pronto soccorso anche senza ricovero, o in caso di malattia), limitatezza delle esclusioni, importo del massimale e di eventuali scoperti o franchigie, documentazione richiesta per l'accesso alle prestazioni e relativa tempistica di presentazione rispetto all'evento/data della diagnosi che ne richiede l'esecuzione, possibilità di successiva richiesta al termine del ciclo di fisioterapia/trattamento riabilitativo ove il problema non fosse ancora risolto.

B.2.6 Programmi di diagnosi precoce e prevenzione personalizzati – Punti 8

Sarà valutata positivamente offerta che propongano eventuali migliori condizioni rispetto al servizio previsto a Capitolato, per la fornitura di programmi e prestazioni di diagnosi precoce e prevenzione personalizzati.

Saranno in particolare positivamente valutati:

- Elementi atti a valutare la qualità e affidabilità delle modalità/fonti di definizione del programma di prevenzione personalizzato in base alle caratteristiche individuale e anamnesi (ove fornita) del singolo assistito
- Totale assenza o minore limitazione in termini di n° massimo e/o tipologie di prestazioni coperte dal servizio, in quanto derivanti dal programma di prevenzione definito per il singolo assistito
- Possibilità di accedere ad un servizio di assistenza dedicato e professionalmente preparato ad offrire informazioni, supporto e consulenza sul programma di prevenzione sviluppato per il singolo assistito; la valutazione terrà conto dei contenuti dei servizi offerti e relativa disponibilità (giorni e fasce orarie, canali ecc.)

B.2.7 Programmi di supporto alla fragilità

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa le modalità di offerta dei servizi a capitolato, relativi alla copertura aggiuntiva per programmi di supporto alla fragilità.

Le migliori condizioni proposte saranno valutate separatamente secondo i seguenti sotto criteri:

B.2.7.1: Ampiezza e tipologia delle casistiche di eventi coperti e riduzione di eventuali limitazioni – Punti 2

Saranno valutati in particolare le offerte che propongono l'ampliamento e la tipologia delle casistiche coperte. Saranno valutate esclusivamente le proposte descritte in modo chiaro, preciso e puntualmente quantificate, esplicitando eventuali condizioni, limiti, esclusioni.

B.2.8 Offerta opzionale di pacchetto pediatrico e pacchetto maternità – Punti 5

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie rispetto a quanto previsto dal Capitolato in relazione ai pacchetti "speciali" richiesti in ambito pediatrico e maternità.

In particolare saranno positivamente considerati:

In ambito pediatrico

- Ampliamento delle coperture previste
- Riduzione delle franchigie e/o ampliamento dei massimali ove previsti

In ambito maternità:



- Incremento del n° di visite private già previste a capitolato
- Ampliamento delle coperture per test/prestazioni, rimborsi previsti in ambito pre-natale
- Ampliamento delle coperture per test/prestazioni, rimborsi previsti in ambito post partum

Gli eventuali servizi migliorativi offerti dovranno essere descritti in modo chiaro, dettagliato e opportunamente quantificato, specificando eventuali franchigie, scoperti, massimali e limitazioni.

B.2.9 Migliori condizioni PRESTAZIONI ACCESSORIE e altri servizi offerti a titolo gratuito – Punti 2

Saranno valutate positivamente offerte che propongano eventuali migliori condizioni per la copertura di prestazioni a titolo gratuito, quali, quali ad esempio, l'ampliamento delle prestazioni coperte rispetto all'elenco minimo previsto, l'aumento della quota di rimborso previsto.

Saranno tenute in particolare considerazione eventuali ulteriori servizi o coperture previste erogate in situazioni di particolare gravità, sopravvenuta invalidità e servizi utilizzabili dall'estero.

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie rispetto a quanto previsto dal Capitolato e non già incluse/implicite in altre prestazioni coperte dall'assistenza quali, a solo titolo di esempio, servizi di assistenza medica telefonica, di invio di medico a domicilio, di rientro della salma, di sconti presso strutture convenzionate in ambito medico/sanitario, servizi di prenotazione di ricoveri, visite ed esami presso strutture convenzionate.

Saranno valutate esclusivamente migliorie descritte in modo chiaro, preciso e puntualmente quantificate, esplicitando eventuali condizioni, limiti, esclusioni, massimali e franchigie.

B.3 Piano Assistenza Socio Assistenziale – Punti 15

Come previsto da capitolato, tale piano dovrà mettere a disposizione una "Centrale di servizi People Care", integrata con la piattaforma dei servizi online di Ateneo, in grado di rispondere "a 360°" alle richieste di supporto dell'assistito, individuando la migliore soluzione sia mediante le coperture offerte dai servizi oggetto della seguente gara e dalla rete convenzionate, nonché dai servizi sanitari e socio-assistenziali erogati dallo Stato e dalle amministrazioni locali (ivi compresi sussidi, agevolazioni, indennità, ecc)

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa eventuali migliorie rispetto a quanto previsto dal Capitolato, con particolare riferimento a:

- Consulenza e servizi di supporto per reperimento assistenza domiciliare al dipendente e/o familiare in caso di difficoltà/non autosufficienza
- Consulenza e servizi di supporto per il disbrigo di pratiche amministrative
- Consulenza e servizi di supporto la tutela dei soggetti fragili

I servizi dovranno essere descritti in modo semplice esaustivo, indicando esplicitamente i servizi a titolo gratuito e quelli invece che prevedono un contributo da parte dell'assistito, da quantificare in modo chiaro e preciso, nonché la semplicità e chiarezza delle relative procedure di richiesta, attivazione e rimborso (ove previsto).

B.4 Pacchetti modulabili – Punti 3

L'offerente potrà opzionalmente proporre servizi aggiuntivi in forma di "Pacchetti modulabili", attivabili individualmente e volontariamente dal singolo assistito con costi a proprio carico (pertanto aggiuntivi rispetto a quelli già previsti dal Capitolato)

Saranno in particolare valutati positivamente pacchetti aggiuntivi offerti nei seguenti ambiti:

- non autosufficienza/invalidità, anche temporanea, con conseguente perdita di capacità lavorativa e reddituale
- ricoveri per interventi di alta chirurgia

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita e delle caratteristiche dei pacchetti offerti, la mancanza di sovrapposizione con prestazioni già incluse/implicite nell'assistenza, semplicità e chiarezza delle relative procedure di richiesta, attivazione dei servizi e modalità di rimborso (ove previsto), assenza di limitazioni, esclusioni, ecc.

Il presidente prosegue con la lettura di ciascuno dei Sub-Criteri di Valutazione di natura Quantitativa ("Q" della tabella) di cui all'art. 22.3 del Disciplinare di Gara, ai quali è assegnato un punteggio tramite l'applicazione delle formule matematiche di seguito indicate:

B.2.1 Migliori condizioni VISITE SPECIALISTICHE PRIVATE

Le offerte saranno valutate secondo i sotto criteri di seguito esposti.

Saranno valutate esclusivamente miglie e descritte in modo chiaro, preciso e puntualmente quantificate, esplicitando eventuali condizioni, limiti, esclusioni, massimali e franchigie.

B.2.1.1: Incremento del n° massimo di visite coperte per le prestazioni in rete – Punti 2

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato rispetto al n° di visite aggiuntive offerte rispetto al capitolato, mediante la seguente formula:

$V(a) i = \text{Numero di visite aggiuntive} / \text{Numero massimo di visite aggiuntive offerte}$

Per numero di visite si intende il numero di visite specialistiche cui ogni assistito può usufruire ogni anno.

B.2.1.2: riduzione della franchigia per le prestazioni in rete – Punti 1

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato mediante la seguente formula:

$V(a) i = \text{Ribasso offerto sulla franchigia} / \text{Ribasso massimo}$

B.2.1.3: Incremento del n° massimo di visite coperte per le prestazioni FUORI rete – Punti 2

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato rispetto al n° di visite aggiuntive offerte rispetto al capitolato, mediante la seguente formula:

$V(a) i = \text{Numero di visite aggiuntive} / \text{Numero massimo di visite aggiuntive offerte}$

Per numero di visite si intende il numero di visite specialistiche cui ogni assistito può usufruire ogni anno.

B.2.1.4: riduzione della franchigia e del massimale per le prestazioni FUORI rete – Punti 1

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato mediante la seguente formula:

$V(a) i = (\text{Ribasso offerto sulla franchigia} + \text{massimale}) / (\text{Ribasso massimo su franchigia} + \text{Ribasso massimo su massimale})$

B.2.2 Migliori condizioni ALTA DIAGNOSTICA PRIVATA

Le offerte saranno valutate secondo i sotto criteri di seguito esposti. Saranno valutate esclusivamente miglie e descritte in modo chiaro, preciso e puntualmente quantificate, esplicitando eventuali condizioni, limiti, esclusioni, massimali e franchigie.

B.2.2.1: riduzione della franchigia per prestazioni erogate in forma diretta in rete – Punti 1

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato mediante la seguente formula:

$V(a) i = \text{Ribasso offerto sulla franchigia} / \text{Ribasso massimo}$

B.2.2.2: riduzione dello scoperto minimo per prestazioni erogate in forma rimborsuale FUORI rete – Punti 2

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato mediante la seguente formula:

$V(a) i = \text{Ribasso offerto sullo scoperto minimo} / \text{Ribasso massimo sullo scoperto minimo}$



B.2.7 Programmi di supporto alla fragilità

Sarà valutata la completezza e la chiarezza della descrizione fornita circa le modalità di offerta dei servizi a capitolato, relativi alla copertura aggiuntiva per programmi di supporto alla fragilità.

Le migliori condizioni proposte saranno valutate separatamente secondo i seguenti sotto criteri:

B.2.7.2: riduzione della franchigia e del massimale per le prestazioni offerte – Punti 1

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato mediante la seguente formula:

$$V(a) i = (\text{Ribasso offerto sulla franchigia+massimale}) / (\text{Ribasso massimo su franchigia+Ribasso massimo su massimale})$$

B.2.7.3: Numero di prestazioni offerte – Punti 2

Il coefficiente per l'attribuzione del punteggio sarà calcolato mediante la seguente formula:

$$V(a) i = N^{\circ} \text{ di prestazioni offerte} / N^{\circ} \text{ massimo di prestazioni offerte}$$

A) COPERTURE GENERALI PER TUTTA LA POPOLAZIONE (punti max 7)

A.1 Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati

A.2 Accesso alla rete di strutture convenzionate

A.3 Centrale telefonica H24

La Commissione procede all'esame del progetto tecnico della ditta Insieme Salute - Società di Mutuo Soccorso.

La commissione procede ad una approfondita, puntuale e dettagliata analisi del contenuto della relazione presentata dalla ditta concorrente e, dopo un'attenta discussione, i componenti della commissione esprimono le seguenti valutazioni:

La proposta risulta completa, chiara e di semplice lettura.

Non sono previste limitazioni per gli assistiti né elementi in contrasto con il capitolato.

Vengono valutati in maniera positiva gli strumenti di prevenzione previsti e i mezzi di diagnosi precoce personalizzata si ritengono ottimi.

Vengono valutate in maniera estremamente positiva le numerose strutture nelle quali è possibile accedere, distribuite in maniera capillare ove sono presenti le sedi del Politecnico, e la facile reperibilità delle stesse.

Allo stesso modo la centrale telefonica è pienamente aderente con quanto previsto dal capitolato e i servizi aggiuntivi previsti vengono valutati in maniera ottima.

I Commissari procedono dunque all'attribuzione dei coefficienti di valutazione ed al calcolo del punteggio risultante:

INSIEME SALUTE	MAX	ZANI	GHIELMETTI	RUGGERI	MEDIA
A.1 Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati	2	0,85	0,85	0,85	0,85
A.2 Accesso alla rete di strutture convenzionate	3	1	1	1	1
A.3 Centrale telefonica H24	2	0,85	0,85	0,85	0,85

La Commissione procede all'esame del progetto tecnico della ditta Reale Mutua

La commissione procede ad una approfondita, puntuale e dettagliata analisi del contenuto della relazione presentata dalla ditta concorrente e, dopo un'attenta discussione, i componenti della commissione esprimono le seguenti valutazioni:

La proposta risulta completa, chiara e di semplice lettura.

Vengono valutati in maniera ottima gli strumenti aggiuntivi di diagnosi precoce rispetto a quanto previsto nel capitolato, in particolare le due modalità di check up, generica e mirata. La rete di strutture prevista, soprattutto in relazione al criterio quantitativo, viene ritenuta adeguata.

Vengono poi valutati in maniera positiva i servizi aggiuntivi offerti dalla centrale telefonica rispetto a quanto previsto nel capitolato.

I Commissari procedono dunque all'attribuzione dei coefficienti di valutazione ed al calcolo del punteggio risultante:

REALE MUTUA	MAX	ZANI	GHIELMETTI	RUGGERI	MEDIA
A.1 Servizi di base di prevenzione e diagnosi precoce personalizzati	2	0,85	0,85	1	0,9
A.2 Accesso alla rete di strutture convenzionate	3	0,6	0,7	0,6	0,63
A.3 Centrale telefonica H24	2	0,85	0,85	1	0,9

MM

Alle ore 16:50 il Presidente dichiara chiusa la seduta.

La documentazione di gara e le offerte tecniche delle ditte ammesse sono conservate dal sistema telematico di gara.

Il presente verbale è composto da n. 10 (dieci) pagine.

Letto, approvato e sottoscritto



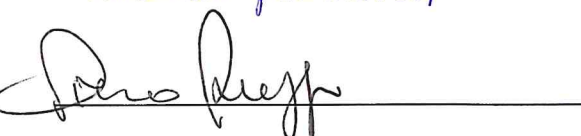
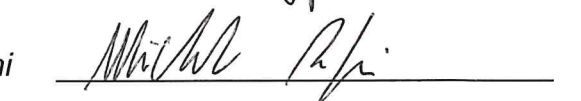
Milano, lì 25/08/2021

Presidente Prof. Maurizio Zani

Commissario Dott.ssa Manuela Ghielmetti

Commissario Dott. Piero Ruggeri

Segretario verbalizzante Dott. Michele Righi

ATTESTATO DI CONFORMITA' DI COPIA DIGITALE A ORIGINALE ANALOGICO
(art. 22, comma 1, D. Lgs n. 82 del 7/03/2005 e art. 68-ter L. n. 89 del 16/02/1913)

Io sottoscritto Maurizio Zani, in qualità di Presidente della Commissione giudicatrice nominata con Decreto del Direttore Generale, Rep. n. 106208 del 28/06/2021 e relativa alla GARA EUROPEA A PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI SERVIZI INTEGRATI DI PEOPLE CARE PER IL POLITECNICO DI MILANO – CIG 88109176B8, attesta che la presente copia digitale è conforme all'originale analogico esistente presso gli atti del Servizio Gare e Acquisti Servizi e Forniture del Politecnico di Milano e composto da numero n. 10 (dieci) pagine esclusa la presente.

