

RISPOSTE AI QUESITI

PREMESSA

Sono pervenuti numerosi quesiti in ordine agli aspetti contrattuali, in particolare per ciò che attiene alle condizioni generali e speciali di assicurazione, di cui agli allegati A e B del Capitolato Tecnico, ed alla interpretazione "letterale" dei termini utilizzati nei predetti documenti, per la quale alcuni operatori economici chiedono conferma o propongono diversa interpretazione, anche al fine di rendere il miglior servizio all'assicurato.

In relazione alle singole richieste pervenute, si dà completa conferma del contenuto dei documenti tecnici allegati agli atti di gara.

Si precisa, tuttavia, che le condizioni contrattuali riportate nei predetti documenti tecnici costituiscono prestazioni "minime" del Piano di assistenza sanitaria, rispetto alle quali l'operatore economico può, se del caso, proporre servizi aggiuntivi o condizioni migliorative anche nel rispetto di adeguamento normativo nel frattempo intervenuto, che verranno valutate secondo l'elemento indicato al punto 4 della griglia di valutazione tecnica.

Anche riguardo le procedure da seguire per le prestazioni da erogarsi, l'operatore economico, nel rispetto delle condizioni "minime" riportate negli atti di gara, può proporre condizioni migliorative, che verranno anch'esse valutate secondo l'elemento indicato al punto 1 della griglia di valutazione tecnica.

FAQ

1. *Si chiede conferma che il requisito di cui al paragrafo 2.1 del Disciplinare di gara e della circostanza che la richiesta di rinnovo annuale dell'iscrizione dei Fondi Sanitari all'Anagrafe scadrà il 31/07/2015 si intenda soddisfatto mediante dichiarazione di possesso dell'iscrizione all'Anagrafe per l'anno 2014 e dichiarazione di presentazione di rinnovo per l'anno 2015.*

La risposta è affermativa.

2. *Si chiede di indicare la decorrenza del Piano sanitario.*

Compatibilmente con l'esito della procedura di gara, la decorrenza è prevista dall'1/01/2016.

3. *Si chiede conferma del fatto che il concorrente possa ricorrere all'istituto dell'avvalimento e che la relativa documentazione debba essere contenuta nella busta A.*

La risposta è affermativa.

4. *Si chiede conferma che il Fondo Sanitario aggiudicatario dovrà sottoscrivere con una compagnia di assicurazione una apposita polizza assicurativa per la copertura del rischio relativo alle prestazioni oggetto dell'appalto.*

La risposta è affermativa.

5. *Si chiede conferma che il concorrente Fondo Sanitario, non essendo una società ma un'associazione senza fini di lucro, non sia tenuto a completare le dichiarazioni di cui ai numeri 2), 3) e 4) al Disciplinare di gara in quanto non compatibili con la sua natura giuridica.*

Le dichiarazioni di cui trattasi vanno prodotte e compilate secondo gli schemi allegati, salvo l'indicazione di eventuali dati non compatibili con la natura giuridica del concorrente.

6. *Si chiede di precisare cosa debba essere indicato al punto 1 dell' Allegato 6 "Schema di offerta economica" al Disciplinare.*

Va indicato, come testualmente riportato, "il valore dell'indennità sostitutiva da corrispondere in assenza di richieste di rimborso delle spese sanitarie per le prestazioni effettuate relative al sinistro stesso".

7. *Con riferimento all' offerta economica, si chiede conferma:*
- *Il premio da indicare sub 2a si riferisce a tutto il nucleo;*
 - *Il premio da indicare sub 2c "Quadri" sia un premio a nucleo o se debba essere indicata la ripartizione prevista per i Dirigenti;*
 - *Il premio da indicare sub 2d "impiegati" sia un premio per il solo titolare single;*
 - *Il premio da indicare sub 2e sia un premio a nucleo comprensivo o meno dell'impiegato o un premio individuale per ciascun familiare;*
 - *Il premio da indicare sub 2f sia un premio pro capite a familiare o per tutti i familiari non fiscalmente a carico dello stesso nucleo.*

I premi da indicare nella griglia di cui all'allegato 6, oltre che per la valutazione dell'offerta (cfr. paragrafo 11), occorrono anche per la regolazione del premio e, di conseguenza, non possono che essere simmetrici rispetto alle condizioni di polizza. Per maggiore chiarezza si conferma che:

- **Il premio da indicare sub 2a è un premio comprensivo di tutto il nucleo familiare;**
 - **Il premio da indicare sub 2c è un premio comprensivo di tutto il nucleo familiare;**
 - **Il premio da indicare sub 2d è un premio comprensivo di tutto il nucleo familiare fiscalmente a carico dell'impiegato;**
 - **Il premio da indicare sub 2e è un premio per soggetto assicurato;**
 - **Il premio da indicare sub 2f è un premio per soggetto assicurato.**
8. *Si richiedono i dati dei sinistri sia per gli anni 2012 e 2013 sia mediante distinzione nelle varie tipologie di soggetti nonché la distribuzione geografica della popolazione di riferimento e la suddivisione, in termini di unità, dei familiari appartenenti ai nuclei dei dirigenti e dei quadri.*

Gli unici dati disponibili coerenti con le caratteristiche tecniche della prestazione sono quelli analiticamente riportati a pag. 3 del Disciplinare di gara ed attengono alle condizioni di polizza in essere.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, si precisa, per quanto concerne il personale della Fondazione, lo stesso è ubicato principalmente su Roma (circa il 90%).

Per quanto riguarda inoltre il numero dei familiari appartenenti ai nuclei dei dirigenti e dei quadri, lo stesso potrà essere reso noto solo all'atto della stipula del contratto, come previsto all'art. 2 del Capitolato Tecnico.

Rispetto, infine, al numero dei familiari non fiscalmente a carico ed il numero dei pensionati ex dipendenti, lo stesso non è disponibile essendo tale inclusione regolata direttamente dai richiedenti.

9. *Si chiede conferma che il concorrente, in caso di sorteggio di comprova, debba produrre l'elenco completo della rete, considerato che dallo stesso ne discende l'entità della rete contenuta nelle Busta B non aperta.*

In caso di sorteggio di comprova il concorrente deve produrre la documentazione attestante il possesso dei requisiti di partecipazione di cui al paragrafo 2.2 del disciplinare.

Per ciò che riguarda il requisito di cui al punto 2.2.4 il requisito è il possesso della rete di strutture sanitarie convenzionate e non le caratteristiche valutative come specificate ai punti 1a e 1b della griglia di valutazione.

10. *L'importo di euro 700.000,00 annui di premio è riferito ai soli assistiti di cui al punto A del paragrafo 1 del Disciplinare o include anche gli assistiti del punto B?. Qual è il numero di tali soggetti?*

L'inclusione dei familiari non fiscalmente a carico dell'assistito e dei pensionati ex dipendenti non concorre alla determinazione del premio annuo di euro 700.000,00. Il numero dei soggetti di cui trattasi non è nelle disponibilità della Fondazione, come precisato nella risposta n. 8

11. *La copertura per i pensionati è valida solo per l'ex dipendente o si estende anche al nucleo familiare?*

La copertura "minima" (cfr. anche le premesse) è quella del pensionato ex dipendente.

Pur non essendo stato oggetto di chiarimenti, si evidenzia un refuso al punto 2g della schema di offerta economica ove deve intendersi, come riportato all' art. 1 del disciplinare, massimo "75 anni".

12. *Gli allegati 5 o 5bis debbono essere compilati anche dai legali rappresentanti dei soci fondatori dell'ente assistenziale concorrente.*

Gli allegati debbono essere compilati dai soggetti di cui all' art. 38 commi b) e c) del Codice degli appalti.

13. *I modelli di dichiarazione allegati al Disciplinare vanno sottoscritti per accettazione?*

Ovviamente i modelli di dichiarazione vanno compilati e non sottoscritti in bianco.

14. *Gli allegati B e C del Capitolato Tecnico vanno sottoscritti per accettazione?*

La risposta è affermativa.

15. *Al fine di comprovare il requisito di cui al par. 11.3 punto 3) lettera ii del Disciplinare è possibile la presentazione in originale o copia conforme del certificato di polizza sottoscritto tra il cliente e la compagnia di assicurazione contenente l'indicazione del cliente per il quale si è svolto il servizio ed il numero di nuclei assicurati?*

La risposta è affermativa.

- 16.** *Nella documentazione da sottoscrivere ed accettare si fa riferimento a contratti e termini specifici delle imprese di assicurazione che sembra non applicabili agli Enti, Cassa o Società di mutuo soccorso, unici soggetti ammessi a partecipare.*

Al riguardo si rimanda all' art. 1 della bozza di contratto che prescrive a carico del concorrente aggiudicatario l'aver sottoscritto, prima della stipula del contratto, una specifica polizza, per l'intera durata triennale del contratto, con Compagnia Assicurativa abilitata all'esercizio in Italia dell' attività assicurativa del ramo "malattia".

- 17.** *Si chiede di fornire copia dell'allegato P al Regolamento citato all'art. 11.1 del Disciplinare.*

L'allegato P al Regolamento (si intende "Regolamento" il D.P.R. 207/2010) individua i metodi di calcolo dell' offerta economicamente più vantaggiosa.

- 18.** *Con riferimento all'allegato C - "garanzie di riferimento" si chiede di precisarne le finalità di utilizzo posto che nei documenti di gara non ne viene fatta menzione.*

La finalità di utilizzo avverrà solo ed esclusivamente nel caso in cui l'operatore economico aggiudicatario abbia confermato, in sede di offerta tecnica, la "disponibilità al risarcimento delle spese mediche conseguenti ad infortuni in forma indennitaria" (v. elemento di valutazione n. 2 dell'offerta tecnica), ovvero la corresponsione dell'eventuale indennizzo "una tantum" in sostituzione del rimborso analitico delle spese mediche.

- 19.** *Cosa si intende per massimale per "alta diagnostica" e "per specialistiche" riportati nella griglia di valutazione tecnica?. Con l'indicazione "incluso nel punto 3d" si intende come sottomassimale del limite del massimale per alta diagnostica?.*

Con l'indicazione "alta diagnostica", riportata sinteticamente nella griglia di valutazione tecnica, si intendono le "spese extra ospedaliere" riportate alla lettera C delle "Norme che regolano l'assicurazione sanitaria".

Per "specialistiche" quelle riportate alla lettera D del medesimo paragrafo.

Per l'ultimo quesito la risposta è affermativa.

- 20.** *Si chiede conferma che la "franchigia fissa" di cui al punto 3h della griglia di valutazione sia riferita alla franchigia restante a carico dell' assicurato che si rivolga a centri convenzionati.*

No, si intende la quota restante a carico dell'assicurato per prestazioni al di fuori della rete convenzionata.

- 21.** *Si chiede conferma del fatto che l'indennità sostitutiva in caso di ricovero (per la copertura dei soggetti con premio a carico della Fondazione) indicata all'elemento di valutazione economica n. 1 non viene applicata per i familiari e pensionati il cui premio è a carico del titolare.*

Viene valutata (e quindi applicata successivamente in caso di aggiudicazione) solo quella relativa ai soggetti con premio a carico della Fondazione.

Per i soggetti con premio non a carico della Fondazione, salvo la possibilità di fornire condizioni aggiuntive o migliorative come precisato nelle premesse, viene applicata quella indicata nell' allegato A al Capitolato tecnico.

22. *Si chiede conferma, rispetto alla tabella degli elementi di valutazione, che il premio per la categoria impiegati non debba ricomprendere il nucleo, in quanto i familiari, fiscalmente a carico o non, avranno un premio aggiuntivo che verrà corrisposto dal titolare all'impresa assicurativa.*

L'interpretazione è errata in quanto il premio che la Fondazione corrisponderà complessivamente, come dettagliatamente specificato negli atti di gara ed in particolare nello schema di offerta allegato 6, ammonta ad euro 700.000,00 annui per la copertura di tutti i soggetti con premio a carico della Fondazione riportati nelle premesse del Capitolato Tecnico.

Gli elementi di valutazione economica indicati al punto 2 attengono esclusivamente (come peraltro sottolineato nello schema di offerta) alla regolazione premio.

23. *Vi è discordanza tra il termine di effettuazione del rimborso, in caso di assistenza indiretta, tra quanto indicato a pag. 6 (entro 60 gg) e quanto riportato a pag. 16 (entro 30 gg) dell' allegato B al capitolato tecnico.*

Il termine corretto è quello indicato a pagina 6, salvo la possibilità di indicare un termine minore o un migliorativo servizio di definizione delle pratiche di rimborso, come previsto al punto 1d dei criteri di valutazione dell'offerta tecnica.

24. *Le condizioni generali di assicurazione riportate negli allegati tecnici sono quelle della polizza in corso.*

Si, salvo quelle riportate nell' allegato C.

25. *L'adesione su base volontaria è vincolante per tutto il periodo contrattuale?*

No, come riportato all'articolo 12 della bozza di contratto il premio (e di conseguenza l'adesione) è determinato per periodi di assicurazione annuali.

26. *Si chiede di chiarire e descrivere i criteri di valutazione.*

I criteri "motivazionali" sinteticamente indicati a pagina 16 del Disciplinare di gara costituiscono il "vincolo" di valutazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Sulla base di tali criteri, infatti, la commissione opererà in modo vincolato avendo cura di assegnare per quel "criterio" uno specifico e determinato punteggio corrispondente a quanto specificato nell'offerta tecnica.