PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETARIATO GENERALE
DIPARTIMENTO PER I SERVIZI STRUMENTALI

PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA INTEGRATIVA DELLE SPESE SANITARIE PER IL PERSONALE DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CODICE INIZIATIVA 2244378 - CIG 7846628A42

FAQ

in relazione alla procedura in oggetto, **in via preliminare,** si rammenta agli operatori economici che tutti i documenti di gara sono disponibili esclusivamente sulla piattaforma dedicata ***acquistinretepa.it.***

Resta ferma la facoltà in capo agli operatori medesimi di accedere al sito istituzionale del Governo - ***Governo.it - Amministrazione Trasparente - Sezione Bandi di Gara e Contratti*** – ove è pubblicata, nei modi di legge, la notizia dell'iniziativa in questione. Peraltro, tale accesso non costituisce modalità operativa di estrazione della documentazione di gara, non rivestendo, quindi, carattere di ufficialità, né condizione essenziale di procedibilità.

In particolare, il paragrafo 2.7 del disciplinare di gara che si allega per pronta consultazione, dispone quanto segue: "*L'accesso libero, diretto e completo a tutti i documenti di gara, a decorrere dalla data di pubblicazione del bando di gara è sul Sistema telematico ASP, messo a disposizione da CONSIP S.p.A*".

Pertanto, per reperire tutti i documenti di gara, si procede esclusivamente per via telematica, come di seguito indicato.
1) Accedere sul portale: "***acquistinretepa.it" (CONSIP)***
2) Cliccare sul link "***Bandi"***
3) Cliccare sul conseguente menù a tendina "***Altri Bandi***"
4) Posizionarsi, poi, sulla ***Gara Europea in questione***, bandita dalla PCM - Codice Iniziativa 2244378 - CIG 7846628A42 –
5) Inoltre, nell'ambito della Gara, accedere nella sezione "***DOCUMENTAZIONE DI GARA***"
6) Infine, **scaricare** i documenti di interesse.

FAQ – RISPOSTE A RICHIESTE DI CHIARIMENTI – Aggiornate al 29 aprile 2019 (da nr. 7 a nr. 36)

QUESITI	RISPOSTE
QUESITO 7) A pag. 11 del Disciplinare di gara all'art.2.3 "DURATA DELL'APPALTO" si legge: "Opzione di proroga: si prevede espressamente, [...], che la durata del contratto in corso di esecuzione potrà essere modificata per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente. [...].".	**RISPOSTA 7)** Si conferma che l'eventuale proroga comporterà il pagamento di un premio aggiuntivo rispetto all'importo complessivo a base d'asta pari ad Euro 3.000.000,00.

Successivamente all'art.2.4 "IMPORTO A BASE D'ASTA E FORMULAZIONE DELL'OFFERTA" si legge: "L'importo complessivo presunto a base d'asta dell'appalto, calcolato su tre annualità, è pari a € 3.000.000,00 (tremilioni/00). Ai sensi dell'art. 35, comma 4, del Codice dei contratti pubblici, il calcolo del valore complessivo dell'appalto tiene conto dell'importo massimo stimato, ivi compresa qualsiasi forma di eventuali opzioni o rinnovi del contratto esplicitamente stabiliti nei documenti di gara." Poiché l'opzione di proroga si riferisce ad un periodo aggiuntivo rispetto a quello delle tre annualità sulle quali è calcolato l'importo complessivo a base d'asta pari a € 3.000.000,00 (tremilioni/00), si chiede conferma all'Ente che l'eventuale proroga comporti il pagamento di un premio aggiuntivo rispetto all'importo complessivo a base d'asta di € 3.000.000,00 (tremilioni/00).	
QUESITO 8) - Capitolato tecnico - Si chiede cortesemente di confermare che gli articoli "ART.1.OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA" e "ART.3. POLIZZE ED OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE/ ASSISTENZA " possano intendersi operanti a seguito di malattia e/o infortunio manifestatasi e/o occorso durante l'operatività del presente piano sanitario: - indipendentemente da visita medica preliminare; - indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assicurati/assistiti; - salvo le esclusioni previste dal capitolato stesso Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.	**RISPOSTA 8)** Si conferma l'interpretazione prospettata.
QUESITO 9) - Capitolato tecnico - A pag. 3 e seguente all'Art. 2 ASSICURATI/ASSISTITI" si legge che sono in copertura anche i dipendenti in quiescenza. Si chiede alla Stazione appaltante da quali pensionati possa essere acquistata la copertura (se ad esempio dai pensionati divenuti tali da almeno 3 anni piuttosto che 5) e quanti siano i potenziali aderenti.	**RISPOSTA 9)** Fermo restando il limite massino di età fissato a 75 anni, ciascun pensionato può acquistare la copertura assicurativa indipendentemente dagli anni di quiescenza intercorsi. Non è stimabile il numero dei potenziali aderenti.
QUESITO 10) - Capitolato tecnico – Si	**RISPOSTA 10)** Si conferma che per tutte le

chiede cortesemente di confermare che tutte le garanzie previste dall'"ART.7. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA BASE" e relativi sub-articoli, facciano capo al medesimo massimale di cui all'articolo "ART.6. MASSIMALI" punto 6.1, e che pertanto i massimali previsti dalle singole garanzie possano intendersi come sotto-limiti. La medesima interpretazione verrebbe applicata anche ai: - Massimali Polizza BASIC PENSIONATO di cui al punto 6.2; - Massimali Polizza Aggiuntiva "PLUS ARGENTO", di cui al punto 6.3, in relazione alle prestazioni di cui all'articolo "9.1 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "PLUS ARGENTO"" e relativi sub-articoli; - Massimali Polizza Aggiuntiva "TOP ORO" di cui al punto 6.3, in relazione alle prestazioni di cui all'articolo "9.2 PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA AGGIUNTIVA "TOP ORO" e relativi sub-articoli.	tipologie di polizze i massimali previsti dalle singole garanzie devono intendersi come sotto-limiti dei massimali complessivi indicati agli articoli 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4 del capitolato.
QUESITO 11) - Capitolato tecnico - Con riferimento al rimborso delle prestazioni effettuate al di fuori del Network del fornitore/fondo sanitario, si chiede conferma che il termine finale della tempistica di rimborso, decorrente dalla data di presentazione della documentazione completa da parte dell'Assicurato/Assistito al Fornitore/fondo sanitario, sia pari a 60gg, come indicato all'articolo 5, pagina 6, del Capitolato	**RISPOSTA 11)** Si conferma.
QUESITO 12) - Capitolato tecnico - A pag. 9 del punto 7.2 si legge "con l'applicazione dello scoperto del 19% e una franchigia di € 900,00". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che la franchigia minima a carico dell'assicurato sia pari ad euro 900,00 per ogni sinistro. Analogamente tale conferma si intende valida per franchigie riferite al ricovero. La medesima interpretazione verrebbe applicata anche al punto 9.1.1/A "RICOVERI"	**RISPOSTA 12)** Si conferma.

della polizza aggiuntiva PLUS ARGENTO e al punto 9.2.1/A "RICOVERI" della polizza aggiuntiva TOP ORO.	
QUESITO 13) - Capitolato tecnico - A pag. 9 al punto "Il fornitore/fondo assistenza dovrà inoltre rimborsare" si legge: "le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia, con un rimborso massimo di € 400 per evento". Si chiede conferma alla Stazione che nel caso di trasporto effettuato con autovettura privata non debba essere riconosciuto alcun rimborso.	**RISPOSTA 13)** Si conferma.
QUESITO 14) - Capitolato tecnico - A pag. 9 e a pag.15 al punto "Il fornitore/fondo assistenza dovrà inoltre rimborsare" si legge: "Nei casi in cui nella località ove sono ubicate le sedi periferiche dell'Amministrazione non siano presenti strutture sanitarie convenzionate [...]". Si chiede alla Stazione appaltante di fornire l'elenco delle località in cui sono ubicate tali sedi.	**RISPOSTA 14)** Le sedi periferiche sono: Aosta, Bolzano, Cagliari, Caserta, Napoli, Palermo, Trento, Trieste.
QUESITO 15) - Capitolato tecnico - A pag. 11 al punto 7.4 "CURE ONCOLOGICHE" si legge che il rimborso è dovuto per "le spese sostenute a seguito di patologie oncologiche". Si chiede alla Stazione appaltante di confermare che si faccia riferimento a patologie oncologiche maligne restando escluse invece le spese sostenute per le prestazioni connesse a neoplasie benigne quali ad esempio le spese per l'asportazione dei nei.	**RISPOSTA 15)** Si conferma.
QUESITO 16) - Capitolato tecnico - A pag. 11 al punto 7.4 "CURE ONCOLOGICHE" si legge: "Il fornitore/fondo sanitario dovrà rimborsare entro il massimale di € 4.000,00 anno/nucleo, con scoperto a carico dell'assicurato/assistito pari al 19%, e minimo non rimborsabile di 60 € [...]" ed analogamente per le polizze PLUS ARGENTO (Vedi punto 9.1.2 a pag. 14), TOP ORO (vedi punto 9.2.2 a pag. 16). Si chiede conferma alla Stazione appaltante che sia corretto interpretare il suddetto limite come un minimo di euro 60 per prestazione.	**RISPOSTA 16)** Si conferma.
QUESITO 17) - Capitolato tecnico - A pag. 12 al punto 9.1.1/A 'RICOVERI" si legge: "nei	**RISPOSTA 17)** Si conferma.

limiti del massimale di € 50.000". Si chiede alla Stazione appaltante se tale massimale si intenda prestato per anno/nucleo. Analogamente per il corrispondente massimale indicato a pag. 14 al punto 9.2.1/A della polizza aggiuntiva TOP ORO.	
QUESITO 18) - Capitolato tecnico - A pag. 13 del punto 9.1.1/A "RICOVERI" si legge: "Oltre alle garanzie riguardanti i ricoveri per "grande intervento chirurgico" e per "gravi malattie" previste dalla Polizza BASIC e dalla Polizza BASIC PENSIONATO [...] nella Polizza aggiuntiva PLUS ARGENTO sono previsti [...] i seguenti rimborsi [...] - in totale regime di convenzione diretta [...]senza franchigie e scoperti; - in regime rimborsuale fuori network, con lo scoperto del 19% e una franchigia di € 900,00. [...] Inoltre è prevista garanzia per: - parto naturale [...] - parto cesareo/aborto [...] - interventi ambulatoriali [...] -laserterapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa [...]". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che le spese in caso di fuori network saranno liquidate con l'applicazione dello scoperto del 19% e una franchigia di € 900,00 anche in caso di parto naturale, parto cesareo/aborto, interventi ambulatoriali e laserterapia a scopo fisioterapico e oftalmologico e laserterapia operativa. Medesima interpretazione verrà applicata al punto 9.2.1/A "RICOVERI" della polizza aggiuntiva TOP ORO.	**RISPOSTA 18)** Si precisa che nel caso di parto naturale, parto cesareo/aborto, interventi ambulatoriali, laserterapia a scopo fisioterapico e oftalmologico, laserterapia operativa, la garanzia con gli importi ivi specificati non prevede in nessun caso l'applicazione di franchigie o scoperti. Medesima interpretazione deve applicarsi al punto 9.2.1/A "RICOVERI" della polizza aggiuntiva TOP ORO.
QUESITO 19) - Capitolato tecnico - A pag. 13 del punto 9.1.1/A "RICOVERI" si legge: "Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con costo a completo carico del S.S.N., verrà corrisposta all'assicurato/ assistito l'indennità sostitutiva di € 50,00 al giorno, per un massimo di 90 gg. per assicurato/assistito o nucleo/anno". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che l'indennità sostitutiva di € 50,00 al giorno sia corrisposta in caso di ricoveri con intervento e senza intervento, purchè comportanti pernottamento, comprendendo fra questi anche i ricoveri per "grande intervento	**RISPOSTA 19)** Si conferma.

chirurgico" e per " gravi malattie", declinati rispettivamente agli Allegati 1 e 2, restando pertanto escluso il Day Hospital. Medesima interpretazione verrà estesa al punto 9.2.1/A "RICOVERI" della polizza aggiuntiva TOP ORO	
QUESITO 20) - Capitolato tecnico - A pag. 13 al punto 9.1.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 7.3 della Polizza BASIC conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 1.600,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo [...]". Al punto 7.3 "PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI" della Polizza Basic per il complesso delle prestazioni previste viene indicato un massimale di € 1.300,00, si chiede conferma alla Stazione appaltante che il limite di € 1.600,00 sia sostitutivo a quello previsto al punto 7.3. Medesima interpretazione viene estesa al punto 9.2.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" della polizza aggiuntiva TOP ORO	**RISPOSTA 20)** Si conferma.
QUESITO 21) - Capitolato tecnico - A pag. 13 punto 9.1.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese per le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio nel limite di € 500,00 per anno per assicurato/assistito/nucleo, con lo scoperto del 19% a carico dell'assicurato/assistito". Si chiede conferma che tale scoperto sia da applicare solo in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con il Fornitore. Si chiede inoltre se la franchigia di € 50 per ogni visita prevista in caso di utilizzo di strutture convenzionate debba essere applicata anche nel caso di utilizzo di strutture non	**RISPOSTA 21)** Si conferma.

convenzionate, questo per evitare che quest'ultima modalità di fruizione della copertura possa esser in alcuni casi più vantaggiosa rispetto all'utilizzo delle strutture convenzionate (es. visita specialistica del costo di 100 euro in struttura non convenzionata e di 80 euro nel caso di struttura convenzionata. In assenza di minimo non indennizzabile in fuori rete, il rimborso da corrispondere all'assicurato ammonterebbe a 81 euro (19 euro resterebbero a suo carico). Nel caso di utilizzo di struttura convenzionata 30 euro verrebbero pagati dal Fornitore/Fondo, mentre i restanti 50 resterebbero a carico dell'assicurato). Medesima interpretazione viene estesa al punto 9.2.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" della polizza aggiuntiva "TOP ORO"	
QUESITO 22) - Capitolato tecnico - A pag. 14 punto 9.1.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" si legge: " Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 7.3 [...]Il Fornitore/Fondo sanitario provvede inoltre al pagamento delle spese per le visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio [...] Nel caso in cui l'assicurato/assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni in cui è previsto il ticket a carico dell'assicurato/ assistito, il Fornitore/Fondo sanitario ne rimborsa la spesa entro il limite di € 200,00/anno/nucleo". Si chiede conferma alla Stazione Appaltante che le prestazioni per cui verrà rimborsato il ticket in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale siano esclusivamente quelle indicate nel presente articolo, restando pertanto escluso il rimborso di ticket per altre prestazioni, quali ad esempio farmaci, trattamenti fisioterapici ecc. Medesima interpretazione viene estesa al punto 9.2.1/B "PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE: ACCERTAMENTI e PRESTAZIONI di ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE" della polizza	**RISPOSTA 22)** Si conferma.

aggiuntiva "TOP ORO"	
QUESITO 23) - Capitolato tecnico - A pag. 14 al punto 9.1.2 "CURE ONCOLOGICHE" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà rimborsare entro un limite assistenziale di € 7000,00 anno/nucleo [...]". Al punto 7.4 "CURE ONCOLOGICHE" della Polizza Basic per il complesso delle prestazioni previste viene indicato un massimale di € 4.000,00, si chiede conferma alla Stazione appaltante che il limite di € 7.000,00 sia sostitutivo a quello previsto al punto 7.3. Medesima interpretazione viene estesa al punto 9.2.2 "CURE ONCOLOGICHE" della polizza aggiuntiva TOP ORO	**RISPOSTA 23)** Si conferma.
QUESITO 24) - Capitolato tecnico - A pag. 15 del punto 9.2.1/A "RICOVERI" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario dovrà inoltre rimborsare: le spese di trasporto dell'assicurato/assistito infermo all'Istituto di cura (e in uscita quando dichiarato dai medici "non trasportabile" in auto privata), con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato (ad eccezione dell'autovettura privata), in Italia [...]". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che il limite massimo di rimborso previsto per tale garanzia sia pari a € 800 per evento.	**RISPOSTA 24)** Si conferma.
QUESITO 25) - Capitolato tecnico - A pag. 17 al punto 9.2.3 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI" si legge: "[...] Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per altri trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, se necessari per postumi di fratture di segmenti ossei traumatiche o patologiche, postumi di vasculopatie acute cerebrali o cardiache. [...], nel limite di € 1500,00 per nucleo/anno.". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che le spese relative ai trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi, se necessari per postumi di fratture di segmenti ossei traumatiche o patologiche, postumi di vasculopatie acute cerebrali o cardiache saranno liquidate con i limiti previsti al medesimo punto 9.2.3 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI" per i trattamenti fisioterapici laser, esclusivamente a fini riabilitativi, quindi nel caso di strutture in convenzione o non convenzione con il	**RISPOSTA 25)** Si conferma.

Fornitore/Fondo sanitario con il 30% di scoperto e € 100,00 di franchigia, mentre nel caso del Servizio Sanitario Nazionale rimborso integrale dei ticket sanitari per due cicli da 12 sedute.	
QUESITO 26) - Capitolato tecnico - A pag. 17 al punto 9.2.3 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI" si legge: "[...] Le prestazioni saranno erogate in regime di convenzione direttamente alla struttura, o rimborsuale per strutture sanitarie non convenzionate con il Fornitore/Fondo sanitario, in ambedue i casi con il 30% di scoperto e € 100,00 almeno di franchigia, nel limite di € 1000 per nucleo /anno [...]". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che la franchigia minima considerata in entrambi i casi di € 100,00 sia da considerarsi per ciclo di terapia.	**RISPOSTA 26)** Si conferma.
QUESITO 27) - Capitolato tecnico - A pag. 17 al punto 9.2.3 "TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI" si legge: "Il Fornitore/Fondo sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici laser [...] nel limite di € 1000 per nucleo /anno [...] provvede al pagamento delle spese per altri trattamenti fisioterapici, [...], se necessari per postumi di fratture di segmenti ossei traumatiche o patologiche, postumi di vasculopatie acute cerebrali o cardiache [...] nel limite di € 1500,00 per nucleo/anno ". Si chiede conferma alla Stazione appaltante che il limite di € 1000 per nucleo /anno previsto per i trattamenti fisioterapici laser sia da intendersi come sotto-massimale del limite di € 1500,00 per nucleo/anno previsto per i trattamenti fisioterapici resi necessari per postumi di fratture di segmenti ossei traumatiche o patologiche, postumi di vasculopatie acute cerebrali o cardiache.	**RISPOSTA 27)** Si precisa che si tratta di due limiti di importo autonomi: - il limite di Euro 1.000,00 è riferito ai trattamenti fisioterapici laser; - il limite di Euro 1.500,00 si riferisce ad **altri** trattamenti fisioterapici necessari per i postumi ivi specificamente menzionati.
QUESITO 28) - Capitolato tecnico - A pag. 17 alla garanzia 9.2.4 "MEDICINALI" si legge " Per le spese relative ai medicinali mutuabili, il fornitore/fondo sanitario provvede al rimborso del ticket a carico dell'assicurato/assistito, entro il limite di € 150,00/anno/nucleo. Per le spese relative ai medicinali non mutuabili prescritti a seguito di malattia o infortunio, il Fornitore/Fondo sanitario provvede al rimborso entro il limite di €	**RISPOSTA 28)** Si conferma che qualora il farmaco sia mutuabile, ma prescritto su ricettario personale del medico, si intenderà valido il massimale dovuto per i farmaci mutuabili di € 150,00/anno/nucleo. Si precisa che il massimale di Euro 150,00 non costituisce sotto-massimale di quello pari ad Euro 350,00/anno/nucleo. Si conferma la non copertura per i farmaci omeopatici.

350,00 per nucleo/anno [...]" Si chiede conferma alla Stazione appaltante che, qualora il farmaco sia mutuabile, ma prescritto su ricettario personale del medico, si intenderà valido il massimale dovuto per farmaci mutuabili di € 150,00/anno/nucleo. Inoltre, si chiede conferma che tale massimale sia un sotto-massimale di quello indicato per medicinali non mutuabili di € 350,00/anno/nucleo. Si chiede altresì conferma alla Stazione appaltante che siano da ritenere non coperto i farmaci omeopatici.	
QUESITO 29) - Capitolato tecnico - In riferimento al punto 9.2.7 "CHECK UP PREVENTIVI" a pag. 18, si chiede di confermare che con la prestazione "visita cardiologica + Ecg" prevista sia per gli uomini che per le donne, si intenda "visita cardiologica + elettrocardiogramma di base".	**RISPOSTA 29)** Si conferma.
QUESITO 30) - Capitolato tecnico - Si ritiene che la garanzia 9.2.8 "CURE DENTALI DA INFORTUNIO" a pag. 19, possa intendersi operante per le prestazioni extra-ospedaliere rese necessarie da infortunio previa la presentazione di un certificato di Pronto Soccorso emesso durante l'operatività del presente piano, con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso. Si chiede cortese conferma dell'interpretazione.	**RISPOSTA 30)** Si conferma.
QUESITO 31) - Capitolato tecnico - A pag. 26 punto A.2 "DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA" nella specifica del calcolo di verifica del rapporto tecnico si fa riferimento all'esercizio 2019. Poiché la prima annualità ha effetto 01/07/19 e scadenza 30/06/2020 si ritiene più corretto far riferimento alla prima annualità di polizza anziché all'esercizio 2019.	**RISPOSTA 31)** Nei documenti negoziali si procederà alla modifica del rapporto tecnico con il riferimento alla prima annualità di polizza.
QUESITO 32) - Capitolato tecnico - A pag. 26 punto A.2 "DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ASSISTENZA" si trovano indicate le regole del calcolo di verifica del rapporto tecnico, in particolare si legge "Due mesi prima della scadenza della seconda annualità verrà effettuato il calcolo del rapporto fra i sinistri ed i contributi di competenza dell'anno nel modo che segue: Sinistri pagati + riservati + tardivi di	**RISPOSTA 32)** Si conferma.

competenza dell'esercizio 2019 Contributi tassabili di competenza dell'esercizio 2019 [...]" Si chiede conferma che dovranno essere presi in considerazione al numeratore i sinistri pagati, riservati e tardivi relativi alle polizze BASIC, BASIC PENSIONATO, PLUS ARGENTO e TOP ORO e al contempo al denominatore i contributi tassabili relativi alle medesime polizze. Si chiede anche conferma che poiché la prima annualità ha effetto 01/07/19 e scadenza 30/06/2020, il riferimento "dell'esercizio 2019" debba leggersi come "prima annualità di polizza" anziché dell'esercizio 2019.	
QUESITO 33) – Allegato 1 al capitolato tecnico - Nell'elenco dei Grandi Interventi alla Sezione CUTE E ANNESSI CUTANEI si legge "Patologie neoplastiche cutanee". Si chiede conferma che rientrino in copertura nella presente garanzia le sole patologie neoplastiche cutanee maligne, restando escluse invece le prestazioni connesse a neoplasie benigne quale, ad esempio, l'asportazione dei nei.	**RISPOSTA 33)** Si conferma.
QUESITO 34) – Scheda n. 1 – offerta economica polizza base denominata "BASIC" - La scheda di offerta economica relativa alla polizza BASIC riporta il numero dei potenziali dipendenti aderenti, pari a 3.136, e il premio a base d'asta annuo unitario di € 318,87, per cui è possibile conoscere il premio annuo complessivo a base d'asta moltiplicando i due valori riportati e ottenendo un totale di € 999.976,32, che però differisce dal € 1.000.000,00 riportato sulla scheda di offerta economica e anche sul disciplinare. Poiché nella scheda di offerta economica è richiesta l'indicazione della percentuale di ribasso complessivo si chiede quale fra i due valori debba essere considerato come valore di riferimento a cui applicare lo sconto.	**RISPOSTA 34)** Il valore di riferimento al quale applicare lo sconto è Euro 1.000.000,00.
QUESITO 35) – Scheda n. 3 – offerta economica polizza facoltativa per il personale in quiescenza denominata "PENSIONATO" - La scheda di offerta economica relativa alla polizza PENSIONATO riporta la seguente indicazione: "Premio/Contributo per ciascun dipendente in	**RISPOSTA 35)** Sono tenuti a pagare il Premio/Contributo i soli componenti del nucleo familiare del dipendente in quiescenza che risultano **<u>fiscalmente non a carico</u>** di quest'ultimo.

quiescenza facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito". Poiché sul disciplinare a pag. 14 al punto 3 dell'art. 2.8 "TIPOLOGIE DI POLIZZE POSSIBILI" si legge "Polizza facoltativa per il personale in quiescenza denominata "POLIZZA BASIC PENSIONATO": assicurazione/assistenza facoltativa dedicata al dipendente in quiescenza e ai componenti del suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito", si chiede conferma che ciascun componente del nucleo familiare del dipendente in quiescenza, così come il dipendente in quiescenza stesso, sia tenuto a pagare il Premio/Contributo che verrà indicato nella scheda di offerta.	
QUESITO 36) – Allegato 3 al disciplinare di gara - Con riferimento all'Allegato 3 al Disciplinare di Gara, "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DA RENDERE A CURA DEI SOGGETTI DI CUI ALL'ART.80, COMMA 3, DEL D.LGS. N.50/2016 e s.m.i.", si chiede conferma che la dichiarazione ivi contenuta possa essere resa dal solo Legale Rappresentante del Concorrente – per sé e per tutti i soggetti di cui all'art.80, comma 3, del D.Lgs. 50/2016- ai sensi dell'articolo 47, commi 1 e 2, del DPR 445/2000, in quanto dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente stati, qualità personali o fatti che siano a diretta conoscenza del medesimo Legale Rappresentante.	**RISPOSTA 36)** Si conferma.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETARIATO GENERALE

DIPARTIMENTO PER I SERVIZI STRUMENTALI

DISCIPLINARE DI GARA

Procedura aperta telematica per l'affidamento del servizio di copertura integrativa delle spese sanitarie per il personale della Presidenza del Consiglio dei ministri

CIG n. 7846628A42

Codice Iniziativa n. 2244378

2.7 PUBBLICAZIONE DEGLI ATTI DI GARA, INTEGRAZIONI, MODIFICHE E CHIARIMENTI

La gara viene pubblicata con le modalità di cui all'art. 72 del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.

Il bando di gara europeo, redatto in lingua italiana, è stato trasmesso in via telematica dalla Stazione appaltante in data **04 aprile 2019 - n. di riferimento 2019-049370** all'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea.

La pubblicazione del bando di gara è curata *dall'Unità TED - Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea*, all'indirizzo internet ***http://ted.europa.eu.***

Ai sensi dell'art. 216, comma 11, del D.Lgs. 50/2016 il bando di gara viene pubblicato, altresì, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie Speciale relativa ai contratti pubblici.

Ai sensi dell'art. 3, comma 1, lett. b), del D.M. 2 dicembre 2016, richiamato dall'art. 73 D.Lgs. 50/2016, "*gli avvisi e i bandi di gara sono altresì pubblicati, dopo 12 giorni dalla trasmissione alla Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee... per estratto su almeno due dei principali quotidiani a diffusione nazionale e su almeno due a maggiore diffusione locale nel luogo dove si eseguono i contratti*".

In applicazione di quanto disposto dell'art. 216, comma 11, del D. Lgs. 50/2016 e dall'art. 5, comma 2, del D.M. 2 dicembre 2016, l'aggiudicatario ha l'obbligo di rimborsare alla stazione appaltante, entro il termine di 60 giorni dall'aggiudicazione, le spese relative alla pubblicazione obbligatoria del bando di gara sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana e del relativo estratto sui quotidiani individuati dall'Amministrazione.

Si porta, pertanto, a conoscenza degli operatori economici partecipanti alla presente procedura di gara l'importo massimo presunto complessivo che l'Amministrazione dovrà sostenere per le spese di pubblicazione dell'estratto del bando di gara sui citati quotidiani: € 4.750,00 + Iva di legge.

L'Amministrazione, divenuta efficace l'aggiudicazione ai sensi dell'art. 32, comma 8, del D. Lgs. n. 50/2016 s.m.i., comunicherà all'aggiudicatario l'importo esatto e gli estremi del conto corrente sul quale effettuare il pagamento.

L'accesso libero, diretto e completo a tutti i documenti di gara, a decorrere dalla data di pubblicazione del bando di gara è sul Sistema telematico ASP, messo a disposizione da CONSIP S.p.A.

La documentazione di gara comprende:

- il bando di gara europeo;
- il presente disciplinare di gara, comprensivo dei relativi allegati.
- il capitolato tecnico, comprensivo dei relativi allegati:
- n. 5 schede così denominate: *1) Scheda n. 1 - offerta economica per Polizza base "BASIC"; 2) Scheda n. 2 - offerta economica per l'inclusione facoltativa dei familiari non a carico nella Polizza base "BASIC"; 3) Scheda n. 3 - offerta economica per Polizza facoltativa per il personale in quiescenza "BASIC PENSIONATO", con contestuale offerta per l'inclusione facoltativa nella medesima polizza dei familiari non a carico; 4) Scheda n. 4 - offerta economica per Polizza aggiuntiva "PLUS ARGENTO" con contestuale offerta per l'inclusione facoltativa nella medesima polizza dei familiari non a carico; 6) Scheda n. 5 - offerta economica per Polizza aggiuntiva "TOP ORO" con contestuale offerta per l'inclusione facoltativa nella medesima polizza dei familiari non a carico;*
- eventuali altri documenti di gara comunque denominati;
- eventuali FAQ.

Eventuali modifiche od integrazioni apportate ufficialmente ai documenti di gara dalla Stazione Appaltante, fino alla presentazione delle offerte, sono da considerarsi parte integrante del presente disciplinare di gara, del capitolato tecnico e della annessa documentazione di gara, e formano un unico *corpus* documentale.

Anche le eventuali FAQ, in quanto comunicazioni ufficiali dell'Amministrazione, sono da considerare parte integrante della documentazione di gara.

Si precisa che, ai sensi dell'art. 2, comma 6 del D.M. 2 dicembre 2016 "*gli effetti giuridici di cui al comma 5 dell'articolo 73 del Codice dei contratti pubblici continuano a decorrere dalla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale*"

Per le richieste di chiarimenti si rinvia a quanto specificato nel successivo paragrafo 10. Fine

2.8 TIPOLOGIE DI POLIZZE EROGABILI

L'appalto prevede le seguenti tipologie di polizze:

1) **Polizza base denominata "POLIZZA BASIC"**: assicurazione/assistenza base dedicata al dipendente in servizio e ai componenti del suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'Amministrazione contraente;

2) Inclusione facoltativa nella Polizza base "BASIC": estensione facoltativa dell'assicurazione/ assistenza prevista nella Polizza base "BASIC" anche ai familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio, con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito; La polizza avrà validità fino al compimento del 75° anno di età da parte di ogni assicurato/assistito e comunque fino al termine dell'anno assistenziale

3) **Polizza facoltativa per il personale in quiescenza denominata "POLIZZA BASIC PENSIONATO"**: assicurazione/assistenza facoltativa dedicata al dipendente in quiescenza e ai componenti del suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/ contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito.

4) Inclusione facoltativa nella Polizza base "BASIC PENSIONATO": in analogia alla polizza "BASIC", anche la polizza "BASIC PENSIONATO" può essere estesa ai familiari fiscalmente non a carico del personale in quiescenza, con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/ assistito, versato a parte. La polizza avrà validità fino al compimento del 75° anno di età da parte di ogni assicurato/ assistito e comunque fino al termine dell'anno assistenziale.

5) **n. 2 Polizze aggiuntive**: **"POLIZZA AGGIUNTIVA PLUS ARGENTO"** e **"POLIZZA AGGIUNTIVA TOP ORO"** assicurazione/ assistenza aggiuntiva rispetto a quella prevista nella polizza base "BASIC" e nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza "BASIC PENSIONATO", con prestazioni ulteriori rispetto a quelle già comprese nelle due polizze e nell'innalzamento dei relativi massimali, dedicata sia al dipendente in servizio e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico sia al dipendente in quiescenza e al suo nucleo familiare fiscalmente a carico, con premio/contributo interamente a carico dell'assicurato/assistito.

6) Inclusione nelle Polizze aggiuntive: estensione dell'assicurazione/ assistenza prevista nelle Polizze aggiuntive anche ai familiari fiscalmente non a carico del dipendente in servizio o del dipendente in quiescenza, con premio/ contributo interamente a carico dell'assicurato/assistito. La polizza avrà validità fino al compimento del 75° anno di età da parte di ogni assicurato/ assistito e comunque fino al termine dell'anno assistenziale. L'inclusione a scelta in una delle due polizze aggiuntive potrà avvenire solamente dopo l'inclusione facoltativa nella polizza base "BASIC" o nella polizza facoltativa per il personale in quiescenza "BASIC PENSIONATO" .

3