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

Tot. 7 pag.

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 acclude **(All. A)** 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 30 aprile 2019 (da nr. 37 a nr. 56)

QUESITI	RISPOSTE
QUESITO 37) - Capitolato tecnico - All'allegato 1 del capitolato tecnico, nell'elenco sezione CUTE E ANNESSI CUTANEI si legge "Patologie neoplastica cutanee. Si chiede conferma che rientrino in copertura nella presente garanzia le sole patologie neoplastiche cutanee maligne, restando escluse invece le prestazioni connesse	**RISPOSTA 37)** Si rinvia alla FAQ n. 15.

a neoplasie benigne, quali ad esempio, l'asportazione di nei.	
QUESITO 38) - Capitolato tecnico - Si chiede, se disponibili, di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso. Se non disponibili, si chiede di ricevere l'indicazione di eventuali modifiche rilevanti intervenute nel corso dell'ultimo triennio e l'indicazione di eventuali differenze esistenti tra il capitolato a base della presente gara ed il capitolato in vigore nell'ultimo triennio.	**RISPOSTA 38)** Si allegano alle presenti FAQ, i fascicoli informativi riguardanti le condizioni di assicurazione dell'attuale polizza *(**All. 1** - <u>personale in servizio</u> e **All. 2** - <u>personale in quiescenza</u>).*
QUESITO 39) - Si chiede l'indicazione dell'attuale Compagnia Assicuratrice.	**RISPOSTA 39)** Generali Italia S.p.A.
QUESITO 40) - Si chiede se prevista l'intermediazione di un broker e, in caso affermativo, l'indicazione della percentuale di provvigioni da corrispondere da parte dell'aggiudicatario	**RISPOSTA 40)** Non è prevista l'intermediazione di un broker.
QUESITO 41) - Si chiede l'indicazione, in riferimento all'ultimo triennio, dei premi in corso per tutte le categorie assicurate e tutti i piani sanitari esistenti (ad esempio premio lordo pro capite della polizza base per il dipendente e nucleo familiare a carico; premio lordo pro capite della polizza base per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo del dipendente in servizio, ecc….)	**RISPOSTA 41)** I premi annui in corso per tutte le categorie assicurate e tutti i piani sanitari esistenti sono: - polizza base per il dipendente e nucleo familiare a carico premio annuo € 240,00 pro capite a carico dell'Amministrazione; - polizza base per i familiari non fiscalmente a carico, premio annuo € 220,00 pro capite a carico dell'assicurato; - polizza base per il personale in quiescenza inclusi i familiari fiscalmente a carico, premio annuo € 900,00 pro capite ed € 500,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare del dipendente in quiescenza, entrambe a carico dell'assicurato; - polizza aggiuntiva "Silver" per ciascun dipendente (in servizio /quiescenza) inclusi i familiari fiscalmente a carico, premio annuo € 750,00 pro capite ed € 500,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito; - polizza aggiuntiva "Gold" per ciascun dipendente (in servizio /quiescenza) inclusi i familiari fiscalmente a carico, premio annuo € 1.000,00 pro capite ed € 700,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito, entrambe a carico dell'assicurato; - polizza aggiuntiva "Platinum" per ciascun

	dipendente(in servizio /quiescenza) inclusi familiari fiscalmente a carico, premio annuo € 1.300,00 pro capite ed € 850,00 pro capite per ciascun soggetto fiscalmente non a carico facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito, entrambe a carico dell'assicurato.
QUESITO 42) – allegato 3A e 3C al Capitolato tecnico - In riferimento ai file *"ALLEGATO 3a AL CAPITOLATO TECNICO_SINISTROSITA 2016-17"* e *"ALLEGATO 3c AL CAPITOLATO TECNICO_SINISTROSITA 2018-28 FEB 2019"* si chiede: • Se i dati relativi alle polizze Aggiuntiva – Silver, Aggiuntiva - Gold, Polizza Aggiuntiva - Platinum si riferiscano al solo dipendente oppure al dipendente ed ai familiari a carico oppure al dipendente e ai familiari a carico e non a carico; nel caso in cui le statistiche comprendessero anche i familiari non a carico, si chiede se fosse possibile ricevere i dati con il dettaglio dei sinistri, premi ed adesioni per ciascuna annualità riguardanti i soli familiari non a carico; • Se vi siano dati disponibili in termini di sinistri, premi ed adesioni riguardanti i familiari non a carico dei pensionati distinti per la polizza base, silver e gold.	**RISPOSTA 42)** I dati relativi alla sinistrosità sono quelli pubblicati sulla piattaforma ASP e risultano comprensivi dei familiari a carico e non a carico. Non sono disponibili ulteriori aggregazioni di dati.
QUESITO 43) – Si chiede conferma che: • l'adesione alle polizze aggiuntive Plus Argento e Top Oro possa avvenire solo a condizione che il soggetto sia già assicurato con la polizza Basic, • l'adesione alle polizze aggiuntive Plus Argento e Top Oro sia da intendersi alternativa. Di conseguenza non sarà possibile aderire contemporaneamente sia alla Plus Argento sia alla Top Oro.	**RISPOSTA 43)** Si confermano entrambe le affermazioni.
QUESITO 44) Capitolato tecnico - Si chiede cortesemente di confermare che tutte le garanzie previste dall' ART.7. PRESTAZIONI PREVISTE NELLA POLIZZA BASIC e	**RISPOSTA 44)** Si rinvia alla FAQ n. 10.

relativi sub-articoli, facciano riferimento al medesimo massimale di cui all'articolo "ART. 6 MASSIMALI" punto 6.1 massimali polizza basic, e che pertanto i massimali previsti dalle singole garanzie possano intendersi come sotto-limiti. La medesima interpretazione verrebbe applicata anche ai massimali della polizza facoltativa per il personale in quiescenza e per i massimali delle polizza aggiuntive Silver e Gold.	
QUESITO 45) – Disciplinare di gara – A pag. 12 del Disciplinare di gara si leggono i seguenti dati: "numero dei dipendenti P.C.M. in servizio 3136, numero aderenti alla attuale polizza base 3044." Si chiede conferma che l'adesione alla polizza base da parte del dipendente e nucleo a carico sia facoltativa e non obbligatoria.	**RISPOSTA 45)** Si conferma.
QUESITO 46) – Capitolato tecnico - L'art 7.3 prestazioni diagnostiche di alta specializzazione extra ospedaliere e/o ambulatoriali del Capitolato prevede per la polizza basic un massimale annuo assicurato di € 1.300. L'art. 9.11/B prestazioni extra ospedaliere: accertamenti e prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche del Capitolato prevede che: "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, con lo scoperto del 19% a carico dell'assicurato/assistito". In riferimento a tale previsione si chiede: • se il massimale di € 1.600 sia da intendersi aggiuntivo rispetto a € 1.300 previsti dalla polizza basic. Pertanto il dipendente che aderisce anche alla polizza Plus Argento avrà complessivamente a disposizione per le prestazioni previste all'art 7.3 un importo di € 2.900. • se analogo ragionamento possa essere applicato alle prestazioni previste all'art 7.4 Cure Oncologiche per il dipendente che aderisce alla polizza basic e anche alla polizza plus argento. se la medesima interpretazione si applicherebbe anche ai massimali della polizza	**RISPOSTA 46)** Il massimale è di Euro 1.600,00 e non è aggiuntivo rispetto al massimale di Euro 1.300,00 previsto nella polizza BASIC. Analogo ragionamento si applica alle prestazioni previste dalle polizze PLUS ARGENTO e TOP ORO in relazione alle previsioni di cui agli articoli 7.3 e 7.4.

aggiuntiva Top Oro per l'art 7.3 *prestazioni diagnostiche di alta specializzazione extra ospedaliere e/o ambulatoriali* e per l' art 7.4 *Cure Oncologiche* siano a diretta conoscenza del medesimo Legale Rappresentante.	
QUESITO 47) – disciplinare di gara- Al punto 3.6.2. è richiesta l'autentica della sottoscrizione per la fideiussione assicurativa, ma nel capoverso seguente, qualora il documento sia informatico, è richiesta "la firma digitale del soggetto in possesso dei poteri necessari per impegnare il garante". Vogliamo sapere se la fideiussione prodotta in documento informatico deve avere anche la procura con firma digitale del notaio o se è sufficiente la procura con firma digitale del rappresentante legale della compagnia emettitrice.	**RISPOSTA 47)** Si fa rinvio alla FAQ n. 3.
QUESITO 48) Si richiede se ogni parte del capitolato di gara della copertura basic sia uguale alle condizioni in corso negli ultimi tre anni e se così non fosse quali siano, in dettaglio, le differenze; Si richiede se ogni parte del capitolato di gara della copertura Silver sia uguale alle condizioni in corso negli ultimi tre anni e se così non fosse quali siano, in dettaglio, le differenze; Si richiede se ogni parte del capitolato di gara della copertura Gold sia uguale alle condizioni in corso negli ultimi tre anni e se così non fosse quali siano, in dettaglio, le differenze.	**RISPOSTA 48)** Si rinvia alla FAQ n. 38.
QUESITO 49) Si richiede il premio annuo dell'ultima annualità assicurativa (2018/2019) per ciascuna categoria di assicurati;	**RISPOSTA 49)** Si rinvia alla FAQ n. 41.
QUESITO 50) Si richiede se le offerte economiche di cui alle schede 2, 3, 4 e 5 siano immodificabili per tutta la durata dell'appalto. Nel caso sia possibile apportare variazioni economiche a scadenza annuale si chiede se vi siano vincoli di importo e/o di tempo per comunicare tali modifiche.	**RISPOSTA 50)** Si conferma l'impossibilità di apportare modifiche alle offerte economiche presentate.
QUESITO 51) Si chiede se l'importo previsto per le spese di trasporto per l'assicurato/assistito di cui all'art. 9.1 siano da considerare in sostituzione al massimo	**RISPOSTA 51)** Gli importi richiamati per le polizze PLUS ARGENTO e TOP ORO sono sempre da considerarsi in sostituzione rispetto a quelli previsti dalla polizza BASIC.

rimborsabile previsto per la polizza Basic (nuovo massimale €600) o se siano in aumento a tale importo (massimale basic € 400 + massimale Silver € 600 = massimale complessivo €1.000). Il medesimo quesito vale anche per: Alta diagnostica Silver (9.1.1/B) rispetto a quanto previsto per la basic (7.3); le cure oncologiche Silver (9.1.2) rispetto a quanto previsto per la basic (7.4); Trasporto Gold (9.2.1)) rispetto a quanto previsto per la basic (7.2); Alta diagnostica Gold (9.1.1/B) rispetto a quanto previsto per la basic (7.3); le cure oncologiche Gold (9.1.2) rispetto a quanto previsto per la basic (7.4).	
QUESITO 52) Nell'art. 9.1.1/B è previsto di riconoscere un massimo di €500,00 per anno/assicurato/nucleo per le visite specialistiche con una franchigia di € 50,00 e di un massimo di € 200,00 per le medesime prestazioni attraverso il SSN. Si chiede se il massimo liquidabile previsto per i ticket (€200,00) sia un sottolimite del massimale di € 500,00 o se sia da considerare un massimale in aggiunta.	**RISPOSTA 52)** Deve essere considerato un massimale in aggiunta.
QUESITO 53) Nell'art 9.2.3 è previsto di riconoscere un massimo di €1.000,00 per fisioterapia e un massimo di €1.500,00 per fisioterapia riabilitativa a seguito di fratture e vasculopatie acute cerebrali o cardiache. Si chiede se i due massimali siano da considerare come disgiunti e indipendenti o se l'utilizzo di uno dei due massimali vada ad erodere la disponibilità annua dell'altro.	**RISPOSTA 53)** Si rinvia alla FAQ n. 27.
QUESITO 54) Categoria pensionati, si tratta di nuova categoria? Qualora già assicurati, possibile averne evidenza all'interno delle statistiche sinistri, possibile inoltre avere l'indicazione circa le numeriche (teste) delle varie tipologie di polizza (es.Silver, Gold, Platinum, base etc etc.).	**RISPOSTA 54)** Si tratta di categoria già inclusa nella precedente polizza assicurativa con la denominazione di polizza sanitaria per il personale in quiescenza. I dati numerici disponibili sono quelli di cui agli allegati 3a, 3b, e 3c, al capitolato tecnico.
QUESITO 55) Sempre sulla categoria Pensionati, si chiede di chiarire quanto riportato sulla scheda di offerta economia al punto: *"Premio/Contributo* **per ciascun dipendente in quiescenza** *facente parte del nucleo familiare dell'assicurato/assistito"*.	**RISPOSTA 55)** Si intende assicurazione prestata al dipendente in quiescenza e al proprio nucleo familiare a carico.

Si vuole intendere che l'assicurazione è prestata al quiescente e al proprio nucleo familiare a carico?	
QUESITO 56) Chiediamo inoltre testi di polizza in corso(base+ opzionali), qualora non disponibili, si prega di indicare le principali differenze in termini di garanzie/massimali/franchigie scoperti rispetto ai testi a bando di gara.	**RISPOSTA 56)** Si rinvia alla FAQ n. 38.

All. (A)
Tot. 3 pagg.

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.

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" .