

PROCEDURA DI GARA APERTA, IN AMBITO COMUNITARIO, FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI LA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2019-2020 DELL’AUTORITÀ DI REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBIENTE.

PROCEDURA DI GARA APERTA CIG 75451853A2

Chiarimenti n. 2 dell’11 settembre 2018

Come previsto all’art. 2, paragrafo 2.2, del Disciplinare di gara con la presente nota si rappresentano alcune richieste di chiarimento pervenute e le risposte inviate da questa Amministrazione, al fine di garantire la massima trasparenza e nel rispetto del principio generale di *par condicio* tra i concorrenti.

Domanda n. 1

Si chiede conferma che per la comprova dei servizi (§ 7.3, n.1 del disciplinare di gara) in favore di soggetti privati siano ammessi anche i certificati di polizza firmati recanti l’indicazione dell’oggetto, dell’importo, della durata e il numero dei nuclei assicurati, in originale o copia conforme.

Risposta n. 1

La documentazione comprovante il possesso del criterio di selezione di cui all’art. 7, paragrafo 7.3, punto 1, del Disciplinare di gara è chiaramente indicata nel medesimo riferimento del Disciplinare citata è consiste:

- nella copia conforme dei contratti/convenzioni dichiarati dal concorrente;
- in ipotesi di soggetti privati: negli originali o copie conformi dei certificati di buona esecuzione, se disponibili, con l’indicazione dell’oggetto, dell’importo annuale e del periodo di esecuzione, nonché se possibile il numero di nuclei familiari assicurati; in alternativa una autocertificazione del concorrente riportante quanto in precedenza indicato.

Ciò premesso si ritiene che i certificati di polizza, nei termini di cui alla domanda, siano documentazione idonea accompagnati di una autodichiarazione del concorrente che attesti la corretta esecuzione dei servizi.

Domanda n. 2

Il disciplinare di gara prevede che il concorrente debba avere la disponibilità di un numero di strutture sanitarie convenzionate (§ 7.3, punto 2.). Si chiede conferma che tale requisito che prevede “la disponibilità” si intenda soddisfatto se il concorrente ha tale disponibilità in virtù di un preesistente contratto di servizi con un TPA amministrativo, ovvero tramite la Compagnia con cui in caso di aggiudicazione sottoscriverà la polizza assicurativa, non essendo quindi necessario in questa ipotesi il ricorso all’istituto dell’avvalimento.

In caso contrario, si rileva che l’articolo del disciplinare sull’avvalimento prevede che si intenda applicabile all’ausiliaria il requisito di idoneità professionale di cui al paragrafo 7.1 del disciplinare (iscrizione all’anagrafe dei fondi sanitari) e pertanto potrebbe esclusivamente trattarsi di un ulteriore e diverso Fondo sanitario, restringendo la possibilità di partecipazione dei concorrenti.

Risposta n. 2

Si conferma che il requisito di cui all’art. 7, paragrafo 7.3, punto 2, del Disciplinare di gara si ritiene soddisfatto se il concorrente ha tale disponibilità in virtù di un preesistente contratto di servizi con un TPA amministrativo, ovvero tramite la Compagnia con cui in caso di aggiudicazione sottoscriverà la polizza assicurativa.

Domanda n. 3

Si chiede se il termine per il recesso dalla copertura sia di 120 o di 180 giorni. A pag. 6 del disciplinare è previsto che “Tutte le coperture previste per l’Autorità dovranno decorrere dalle ore 00:00 dell’1 gennaio 2019 e verranno a scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2020, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo anno mediante comunicazione raccomandata inviata dall’una all’altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 180 giorni prima di tale scadenza”.

Mentre nello schema di convenzione è previsto “Le prestazioni oggetto della presente Convenzione decorreranno dalle ore 00:00 dell’1 gennaio 2019 e verranno a scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2020, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo anno mediante comunicazione raccomandata inviata dall’una all’altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 120 giorni prima di tale scadenza.”

Risposta n. 3

Si tratta di un refuso. Il termine corretto è quello riportato all’art. 4, paragrafo 4.1, del Disciplinare di gara, ovvero 180 giorni.

Domanda n. 4

Con riferimento al punto 2 - paragrafo 7.3 - CRITERI DI SELEZIONE RIFERITI AI REQUISITI SPECIALI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE del Disciplinare di gara (pag. 10 e 11) , si chiede conferma che la comprova del requisito dovrà essere prodotta solamente in caso di aggiudicazione.

Risposta n. 4

Come previsto all'art. 19 del Disciplinare di gara si conferma solo l'aggiudicatario dovrà comprovare il possesso dei requisiti (sia generali ex art. 6 che speciali ex art. 7).

Domanda n. 5

Si chiede conferma che l' indicazione delle strutture convenzionate disponibili sul sito della Compagnia sia ritenuto documentazione idonea a comprovare il possesso/disponibilità di cui al punto 2 - paragrafo 7.3 - CRITERI DI SELEZIONE RIFERITI AI REQUISITI SPECIALI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE del Disciplinare di gara (pag. 10 e 11).

Risposta n. 5

Si ribadisce quanto già previsto all'art. 7, par. 7.3, punto 2, del Disciplinare che prevede **“La comprova del requisito dovrà essere fornita mediante la produzione (tramite AvcPass) di un elenco dettagliato delle strutture stesse, corredato della documentazione idonea a comprovarne il possesso/disponibilità (anche reperibile dal sito)”**.

Domanda n. 6

La lettera f "medicina preventiva" (pag. 11) del Capitolato 1 "Assistenza base" indica [."per i seguenti accertamenti diagnostici effettuati a titolo di prevenzione e cioè senza la presenza di diagnosi o sospetto diagnostico "]. In base ai protocolli sanitari ("La diagnostica per immagini - Linee guida nazionali" redatto nell'ambito della CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO) per la somministrazione di RX (sia del SSN che privato) occorre la prescrizione medica. Pertanto, riteniamo necessario precisare che per questo accertamento è richiesta la prescrizione medica onde evitare dinieghi di effettuazione della garanzia richiesta.

Risposta n. 6

Si conferma che per la medicina preventiva è prevista la prescrizione medica anche nella forma semplificata “check up di controllo”, come già attualmente utilizzato nella convenzione in essere.

Domanda n. 7

Con riferimento ai Capitolati n. 1 "Assistenza Base" e n. 2 "Assistenza Aggiuntiva" si chiede:

7.1 conferma che le prestazioni di cui alla lettera d) PROTESI ANATOMICHE E APPARECCHI ACUSTICI - Art. 5 Prestazioni (pag. 11), lettera g) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI - Art. 5 Prestazioni (pag. 12) vengono accordate con uno scoperto del 20% sia in caso di utilizzo di centri medici convenzionati che in caso di utilizzo di professionisti o strutture non convenzionate con la Cassa.

Risposta 7.1:

Con riferimento alla voce PROTESI ANATOMICHE E APPARECCHI ACUSTICI (art. 5, lettera d, del Cap. n. 1 Assistenza base) **si precisa che lo scoperto del 20% si intende applicabile alla sola voce** “acquisto di ausili per la mobilità personale”, ossia dovrà essere rimborsato all'assicurato l'80% dell'effettivo costo sostenuto, e si conferma che tale scoperto si intende applicabile sia in ipotesi di utilizzo di medici convenzionati che in caso di utilizzo di professionisti o strutture non convenzionate.

Con riferimento alla voce TRATTAMENTI FISIOTERAPICI (art. 5, lettera g, del Cap. n. 1 Assistenza base) si conferma che lo scoperto del 20% (o altro valore inferiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara) si intende applicabile sia in ipotesi di utilizzo di medici convenzionati che in caso di utilizzo di professionisti o strutture non convenzionate.

7.2 conferma che i limiti delle garanzie di cui alla lettera g) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI - (pag. 12), lettera i) CURE DENTARIE E PREVENZIONE ODONTOIATRICA (PAG. 12), lettera j) LENTI ED OCCHIALI (pag. 12), lettera k) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE (pag. 12)) dell' Art. 5 Prestazioni sono da intendersi come sotto-limiti della somma complessiva di cui all' art. 4 - Limiti di Assistenza.

Risposta 7.2:

Si conferma.

- 7.3 di conoscere il limite annuo relativo alle spese sostenute dal solo Assistito per gli accertamenti diagnostici in caso di attivazione della garanzia di cui alla lettera F) Medicina preveniva (pag. 11).

Risposta 7.3:

Non è previsto un sotto limite specifico annuo. Come indicato al medesimo articolo, ciascun esame non potrà essere effettuato più di una volta per anno assistenziale.

- 7.4 di conoscere il sotto-limite annuo relativo l' indennità sostitutiva di cui al punto 2 (i), lettera b) dell' art. 5 PRESTAZIONI (pag.7).

Risposta 7.4:

Non è previsto un sotto limite specifico annuo.

- 7.5 conferma che i massimali annui relativi alle garanzia di cui alla lettera e) CURE ONCOLOGICHE (pag. 11) e lettera l) MEDICINALI NON MUTUABILI (PAG. 13)) costituiscono massimali autonomi rispetto alla somma complessiva di cui all' art. 4 - Limiti di Assistenza.

Risposta 7.5:

Con riferimento alle CURE ONCOLOGICHE (art. 5, lettera e, del Cap. n. 1 Assistenza base) si ribadisce che - oltre al riconoscimento di tutte le spese relative a ricoveri o *day hospital* nei termini indicati al punto a) del medesimo art. 5 - è previsto un rimborso di tutte le spese relative a chemioterapia e terapie radianti, nonché le visite specialistiche e l'assistenza infermieristica domiciliare, incluso le visite, gli accertamenti diagnostici, le terapie (anche farmacologiche) e le spese infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, con un massimale annuo per nucleo assicurato pari a 25.000,00 euro (*o altro valore superiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara*).

Il rimborso delle prestazioni previste per le cure di cui all'art. 5, lettera e, del Cap. n. 1 Assistenza base, qualora già previste nelle prestazioni di cui alla lettera c) del medesimo art. 5, avverrà utilizzando in primo luogo il limite di assistenza annuo pari a 25.000,00 (*o altro valore superiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara*) euro per nucleo. In caso di esaurimento del predetto massimale si applicherà, in aggiunta, il limite assistenziale di cui alla medesima lettera c) e pari a 8.000,00 euro (*o altro valore superiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara*) per anno assistenziale e per nucleo assicurato.

Con riferimento ai MEDICINALI NON MUTUABILI (art. 5, lettera l, del Cap. n. 1 Assistenza base) il massimale assicurato è pari a 500,00 euro per nucleo assicurato e anno assistenziale(*o altro valore superiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara*).

- 7.6 conferma che l' attivazione presso le strutture convenzionate con la Cassa per l'erogazione delle prestazioni di medicina preventiva di cui alla lettera f) "medicina preventiva" (pag. 11) sia circoscritta alle sole provincie di Milano e Roma.

Risposta 7.6:

Non si conferma. Si rammenta che è previsto come requisito che il concorrente disponga di almeno una struttura abilitata al ricovero diurno e notturno e almeno un centro medico non abilitato al ricovero notturno presso ogni altra Regione, adeguatamente attrezzati per garantire il servizio di assistenza diretta nei termini previsti per le assistenze richieste dall'Autorità.

- 7.7 conferma che sia sufficiente l' attivazione del solo servizio web/sito internet per le richieste di chiarimenti e/o informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso di cui al punto 6.3 - Sezione Internet dedicata agli Assicurati (pag. 14).

Risposta 7.7:

Non si conferma. Si rammenta che è previsto anche la messa **a disposizione** da parte del concorrente di un proprio incaricato per effettuare, almeno ogni 15 (quindici) giorni e previo appuntamento, per incontri con gli Assistiti presso le sedi di Milano e di Roma dell'Autorità al fine di supportare i medesimi Assistiti relativamente alle richieste di informazioni riguardanti la normativa, la presentazione delle richieste di rimborso, eventuali approfondimenti.

- 7.8 Ramo vita Capitolato 4: relativamente all'Art.5.1 Esclusioni e all'Art. 11 Suicidio, si chiede di chiarire se la morte da suicidio si intende coperta dalla data di decorrenza della polizza (01/01/2019).

Risposta 7.8:

Come previsto all'art. 11 del Cap. n. 4 Ramo Vita - in deroga a quanto previsto all'art. 5, punto 5.1, lettera d), del medesimo capitolato - il rischio di morte a causa di suicidio si intende coperto dalla data di decorrenza della polizza.

7.9 Ramo sanitario capitolato 3 LTC e Ramo vita Capitolato 4: si chiede di chiarire qual è l'età massima in cui un dipendente può mantenere il rapporto di lavoro con l'autorità.

Risposta 7.9:

All'attualità l'età massima in cui il dipendente può mantenere il rapporto di lavoro con l'Autorità è quella stabilita per il trattamento pensionistico di vecchiaia.

Domanda n. 8

Con riferimento alla polizza infortuni chiediamo conferma che la liquidazione del sinistro, in caso di evento indennizzabile a termine di polizza, dovrà essere effettuata direttamente dalla Compagnia Assuntrice del rischio all'Assicurato

Risposta n. 8

Come previsto nel capitolato n. 5 "Ramo Infortuni" è compito della cassa di assistenza liquidare tutte le spese rimborsabili.

Domanda n. 9

All'articolo "ART. 3 – OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO e SUDDIVISIONE IN LOTTI", a pagina 5, si legge che il "numero di dipendenti stimato presuntivamente in 245 risorse totali". Inoltre, alle pagine 9, 10 e 11 del Capitolato n. 4 "TEMPORANEA CASO MORTE - INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE" sono riportate le anagrafiche di 170 assicurandi. Si chiede quali siano le cause di tale disallineamento tra il numero di dipendenti stimati e quelli per cui è stata riportata l'anagrafica. Se il disallineamento è dovuto al fatto che le anagrafiche sono aggiornate al 31 dicembre 2016, si chiede che venga messo a disposizione un nuovo tracciato aggiornato al 2018.

Risposta n. 9

Premesso che il numero di dipendenti stimato in numero 245 (cfr. art. 5, lettera b, del Disciplinare di gara) è un numero indicativo che tiene conto di eventuali nuovi ingressi in corso del periodo contrattuale, il concorrente deve - ai fini della formulazione della propria offerta - tenere conto dei numeri indicati alla successiva lettera d (d.1, d.2, d.3, d.4, d.5, d.6, d.7, d.8, d.9).

Il numero effettivo di soggetti assicurati verrà determinato al momento delle effettive adesioni che saranno comunicate alla Cassa in sede di attivazione.

Domanda n. 10

Al paragrafo "17.1 – CRITERI DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA TECNICA (QUALITATIVA)", a pagina 33, al punto (b) si legge che "per ogni singolo parametro migliorato [...], il singolo punteggio verrà stabilito con la seguente formula:

$$P = \frac{V_{offerto}}{V_{max}} \times x$$

Si chiede conferma che il valore "Vofferto" al numeratore di tale formula sia la somma tra il valore minimo previsto dal Capitolato di gara e il valore offerto in aumento.

Si chiede, altresì, conferma che tale interpretazione sia valida anche per il valore "Vmax" presente al denominatore di tale formula, cioè che sia il miglior valore delle somme tra il valore minimo previsto dal Capitolato di Gara il valore offerto in aumento

Si chiede infine conferma che nella formula riportata al punto (c) il valore "Vmax" sia da intendersi come il miglior valore tra quelli offerti dai concorrenti e pertanto il valore minimo risultante dalla differenza tra il valore previsto dal Capitolato di Gara il valore offerto in diminuzione

Risposta n. 10

In entrambe le formule citate il valore "Vofferto" è dato dalla somma o dalla sottrazione tra il valore previsto nel Capitolato n. 1 di riferimento e il valore offerto in aumento o in diminuzione, mentre il valore "Vmax" è il migliore "Vofferto".

Domanda n. 11

In riferimento alla formula riportata al punto (b) del paragrafo “17.1 – CRITERI DI VALUTAZIONE DELL’OFFERTA TECNICA (QUALITATIVA)”, a pagina 33, si chiede come verranno attribuiti i punteggi, sia al miglior offerente che agli altri concorrenti, nel caso in cui uno dei partecipanti offrisse massimale illimitato.

Risposta n. 11

E’ richiesto ai concorrenti di offrire solo valori numerici e pertanto non verranno considerate offerte che non riportino valori numerici.

Domanda n. 12

Inoltre, in riferimento alla formula riportata al punto (c) del paragrafo “17.1 – CRITERI DI VALUTAZIONE DELL’OFFERTA TECNICA (QUALITATIVA)”, a pagina 33, si chiede come verranno attribuiti i punteggi, sia al miglior offerente che agli altri concorrenti, nel caso in cui uno dei partecipanti offrisse un valore tale per cui il valore “Vmax” risulti pari a 0

Risposta n. 12

In analogia con quanto previsto per l’offerta economica non verranno accettati valori numerici che detratti al valore stabilito nel Capitolato di riferimento determinino un risultato pari a 0 (zero).

Domanda n. 13

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, all’“ART. 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA” si legge:

“In particolare la Cassa, si impegna [...] ad erogare agli Assicurati ed ai rispettivi familiari [...], rimborsi di spesa e contributi economici sostenuti per i casi di infortunio, malattie o parto, indipendentemente da accertamento medico”

Si ritiene che con l’indicazione “*indipendentemente da accertamento medico*” si debba intendere: senza la compilazione di alcun questionario anamnestico, fatta eccezione di quanto previsto dall’ “ART. 3 - QUESTIONARIO ANAMNESTICO”.

Si chiede di confermare l’interpretazione, qualora non venga confermata si chiede come debba essere interpretata la frase.

Risposta n. 13

Si conferma l’interpretazione. La frase in questione ha carattere generale e di premessa. Come successivamente previsto nel medesimo art. 1, “*La gestione del programma riferito all’Assistenza base avverrà - in continuità con il programma di coperture sanitarie in essere presso l’Autorità - secondo le condizioni, anche in termini di individuazione dei soggetti assicurati, le modalità ed entro i limiti che sono esplicitati dal presente Capitolato*”.

Domanda n. 14

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, all’articolo “ART. 2 – SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITA’ DEL CAPITOLATO”, a pagina 4, si legge che “*non è previsto alcun termine di aspettativa per tutti gli Assicurati già aderenti alla previgente copertura assistenziale*”. Per una puntuale valutazione del rischio, si chiede che vengano messe a disposizione le statistiche sinistri delle annualità 2016, 2017 e il primo semestre 2018, aggiornate almeno al 30/06/2018 e suddivise per tipologia di prestazione ed tipologia di assistenza (diretta/indiretta)

Risposta n. 14

Quanto è nella nostra disponibilità al momento è riportato nella nota di chiarimenti n. 1 del 31 agosto 2018 pubblicata sul nostro sito internet <https://www.arera.it/it/gare/2018assicurazione.htm>.

Domanda n. 15

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, all’articolo “ART. 3 – QUESTIONARIO ANAMNESTICO”, a pagina 4, si legge che “*ad eccezione di tutti coloro che aderiscano alla copertura in oggetto senza soluzione di continuità dalla precedente copertura assistenziale [...] è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico*”. Si chiede conferma che i questionari compilati nel corso della precedente copertura debbano essere considerati validi e che, pertanto, saranno messi a disposizione dell’aggiudicatario.

Risposta n. 15

Se disponibili, sì.

Domanda n. 16

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, al paragrafo “c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI”, al punto “1. PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA”, a pagina 8, al punto c.2 si legge che

“tutte le spese se effettuate avvalendosi di strutture sanitarie, e/o medici, non convenzionate con la Cassa (regime indiretto) vengono rimborsate con l’applicazione di uno scoperto pari a 50,00 [...] euro per ogni accertamento diagnostico o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o ciclo di cura effettivamente sostenuta”. Poiché le modalità di rimborso riportate si riferiscono alle prestazioni dei punti 1 e 2, del paragrafo “**c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI**”, in cui è previsto il rimborso anche di onorari medici per visite specialistiche, si chiede conferma che nel caso delle visite specialistiche lo scoperto pari a 50,00 euro sia da intendersi per prestazione

Risposta n. 16

Come scritto nei riferimenti del Capitolato n. 1 citato, lo scoperto si intende applicabile per ogni accertamento diagnostico o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o ciclo di cura effettivamente sostenuta.

Domanda n. 17

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, al paragrafo “**c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI**”, al punto “**I. PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA**”, a pagina 9, tra le prestazioni elencate viene riportata la “*Laserterapia*” senza la specifica del campo di applicazione della stessa. Trattandosi di polizza che intende coprire gli eventi conseguenti a infortunio, malattia o parto, si chiede conferma che sia giusto considerare in copertura la sola “*Laserterapia a scopo fisioterapico*”.

Risposta n. 17

Si conferma quanto previsto nel capitolato n. 1.

Domanda n. 18

Per quanto concerne le prestazioni in garanzia con l’articolo “**c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI**” e relativi sub-articoli, rimane inteso che per le prestazioni rese necessarie da infortunio l’Assicurato inoltrerà alla Cassa il Certificato di Pronto Soccorso e gli accertamenti radiologici effettuati con relativi referti. Si chiede conferma sull’operatività indicata per le prestazioni da infortunio

Risposta n. 18

Si rimanda all’art. 7 ed alle specificazioni contenute alla medesima lettera c) del Capitolato n. 1-

Domanda n. 19

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, con riferimento al paragrafo “**f) MEDICINA PREVENTIVA**”, si chiede cortesemente di confermare che lo scoperto ed il minimo non rimborsabile previsti in caso di utilizzo da parte dell’Assicurato di professionisti o strutture non convenzionate con la Cassa, si intendano applicati per prestazione.

Risposta n. 19

Le prestazioni di medicina preventiva possono essere effettuate dall’Assistito una sola volta per anno assistenziale.

Lo scoperto ed il minimo non rimborsabile si intendono per un ciclo complessivo di prestazioni di medicina preventiva.

Domanda n. 20

Capitolato n.1 “ASSISTENZA BASE”, al punto “**i) CURE DENTARIE E PREVENZIONE ODONTOIATRICA**”, a pagina 12, si legge che “*la copertura assicurativa di cui al presente punto i) è fruibile dal solo Assistito (o eventualmente dagli Assicurati se risultante dall’offerta qualitativa presentata in sede di gara) [...] con un limite di assistenza pari a 600,00 euro [...] per anno assistenziale*”. Si chiede conferma che, in caso di estensione della copertura assicurativa di cui al punto i) ai familiari, tale limite di assistenza sia da considerarsi per anno assistenziale e nucleo familiare

Risposta n. 20

Il punto i) del Capitolato n. 1 prevede per ogni singolo Assistito e solo in convenzione diretta, ovvero solo presso centri medici convenzionati con la Cassa, un limite di assistenza pari a 600,00 euro per anno assistenziale.

E’ data facoltà al concorrente di migliorare le previsioni estendendo la copertura anche a favore degli Assicurati (*cfr. definizioni*), nonché procedere a migliorare il predetto limite assistenziale, con assegnazione differenziata di un punteggio tecnico.

Trattandosi di un limite previsto per singolo Assistito, in caso in cui il concorrente offra l’estensione anche agli assicurati, tale limite deve intendersi riferito a ciascun assicurato per anno assistenziale.

Domanda n. 21

Capitolato n.2 “ASSISTENZA AGGIUNTIVA”, si chiede cortesemente di confermare che la Convalescenza a seguito di ricovero indennizzabile da polizza e prevista con l’art. b.9 a pagina 5, debba essere prescritta all’atto delle dimissioni che possa essere prolungata, qualora lo stato di salute lo renda necessario, anche su richiesta del medico di famiglia.

Risposta n. 21

Non si comprende la domanda e pertanto si precisa che la Convalescenza (rif. art. 3, par. b, punto b.9, del Capitolato n. 2) prevede, nei casi in cui successivamente ad un ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale vengono prescritti dal medico curante giorni di convalescenza, l’erogazione di una indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell’infortunio e del parto, al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Il massimo di giorni di convalescenza indennizzabili è stabilito i 15 giorni per anno e per nucleo.

Domanda n. 22

Capitolato n.5 “INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI”, si chiede gentilmente di voler fornire un elenco analitico dei sinistri, riferito almeno agli ultimi 3 anni (preferibilmente gli ultimi 5 anni), con indicazione per ognuno dello stato (aperto, chiuso, senza seguito), dell’importo liquidato e dell’importo riservato, affinché si possa procedere con la valutazione del rischio.

Risposta n. 22

Si veda la risposta n. 14.

Domanda n. 23

SCHEMA DI CONVEZIONE GENERALE, all’ “ART. 5 - DECORRENZA E DURATA”, comma 1, viene previsto che “Le prestazioni oggetto della presente Convenzione decorreranno dalle ore 00:00 dell’1 gennaio 2019 e verranno a scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2020, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo anno mediante comunicazione raccomandata inviata dall’una all’altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 120 giorni prima di tale scadenza.”

Contestualmente all’”ART. 16 - RECESSO” la Stazione Appaltante prevede e disciplina il diritto di recedere dalla Convenzione in qualsiasi momento e con preavviso di 30 giorni, unicamente per l’Autorità.

Si chiede conferma che quanto previsto dall’art. 16 sia un refuso, confermando quanto statuito all’art. 5, comma 1, ovvero in subordine che il diritto di recesso di cui all’art. 16 sia valido per entrambe le parti, Autorità e Cassa di Assistenza.

Risposta n. 23

In primo luogo si veda la risposta n. 3.

Il recesso di cui all’art. 16 dello Schema di convenzione riprende il dettato normativo di cui all’art. 109 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e letto in combinato con quanto previsto all’art. 5 del medesimo Schema di convenzione (da considerarsi 180 giorni come da risposta n. 3) dà alla sola l’Autorità (quale Stazione appaltante) la facoltà di recedere, dopo il primo anno, in qualsiasi momento con preavviso di 30 giorni.

Domanda n. 24

Con riferimento alla procedura di gara in oggetto, si richiede se il concorrente possa fornire la copertura LTC nell’ambito del ramo 2 dei danni, mediante messa a disposizione, per tutto il periodo di durata dello stato di non autosufficienza e finché l’assicurato è in vita, di un’indennità in denaro rivalutabile in base ad un indice pre-determinato.

Infatti nella documentazione di gara la copertura LTC è indicata nell’ambito del ramo sanitario-malattia.

Risposta n. 24

La copertura LTC è disciplinata dall’apposito “Capitolato n. 3 LTC” e prevede (*cf. art. 16, punto b.6, del Disciplinare di gara*) una apposita offerta mediante la formulazione di un ribasso in percentuale, espresso in cifre ed in lettere, da applicare al premio annuo complessivo posto a base della gara pari a 15.000,00 euro.

La medesima copertura LTC deve essere garantita nei termini di cui al suddetto Capitolato n. 3 ed allo Schema di convenzione.

In tal senso non si comprende la rilevanza della diversa distinzione da voi indicata.

Domanda n. 25

Ramo VITA: Si richiede la situazione aggiornata ad oggi degli aventi diritto alla copertura assicurativa TCM in quanto si ritiene l'elenco del 2016 non utilizzabile ai fini di una quotazione attendibile.

Risposta n. 25

Ai fini della quotazione si ribadisce che è prevista (cfr. art. 16, punto b.8, del Disciplinare di gara) la formulazione da parte dei concorrenti di un ribasso in percentuale, espresso in cifre ed in lettere, da applicare al premio annuo posto a base della gara - premio lordo totale annuo - calcolato per una platea di n. 170 assicurati aventi età anagrafica come riportati nella tabella "assistenza TCM" in allegato al Capitolato n. 4. Quindi ai fini della procedura di gara si deve far riferimento alla suddetta tabella.

Ai fini delle modalità operative dello stato di rischio iniziale, del rinnovo annuale delle coperture e della costituzione di nuove posizioni, si rimanda alla procedura stabilita all'art. 6 del medesimo Capitolato n. 4.

Domanda n. 26

Ramo SANITARIO: Nel ramo sanitario è stata inserita la garanzia LTC con rendita vitalizia e che per propria natura dovrebbe rientrare nel ramo Vita. Di norma nel ramo sanitario rientrano solo le rendite temporanee. Si chiede pertanto conferma che tale garanzia debba rientrare nel Ramo Vita.

Risposta n. 26

Si veda la risposta n. 24.

Domanda n. 27

All'articolo 14 del capitolato 4 "TEMPORANEA CASO MORTE - INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE" si riporta che "la valutazione dell'invalidità totale e permanente e del relativo grado spetta alla Cassa di assistenza". Necessitiamo di chiarimenti in merito a questo punto, relativamente all'ENTE preposto per il riconoscimento dell'invalidità

Risposta n. 27.

Si conferma la previsione contenuta all'art. 14 del Capitolato n. 4, ossia che la valutazione dell'invalidità totale e permanente e del relativo grado spetta alla Cassa di assistenza.

Domanda n. 28

DISCIPLINARE ART. 3 - OGGETTO, in riferimento all'art. 3 Disciplinare, relativo all'oggetto dell'Appalto, consistente nell' "assunzione della contraenza, da parte di una Cassa sanitaria dell'intero programma assicurativo di assistenza sanitaria integrativa dell'Autorità con particolare riferimento a quelle afferenti al "Ramo Sanitario", "Ramo Vita" e "Ramo Infortuni" secondo le condizioni riportate nello Schema di Convenzione e nei Capitolati n. 1, n. 2, n. 3, n. 4 e n. 5", premesso che la gara CIG 7545185A2 è rivolta unicamente a Casse di Assistenza e che queste ultime operano nell'ambito del settore socio-sanitario, si chiede conferma che i suddetti Rami, in cui risulta suddiviso il programma assicurativo di assistenza integrativa, sono definiti in maniera a-tecnica con una denominazione propria dei rami assicurativi (Sanitario, Vita e Infortuni) e che le garanzie oggetto dell'appalto sono in realtà meglio definite con il rinvio operato ai Capitolati n. 1, n. 2, n. 3, n. 4 e n. 5, anche se diversamente denominate nell'ambito dei piani sanitari integrativi erogati dalla Cassa di Assistenza.

Risposta n. 28.

Si conferma.

Domanda n. 29

DISCIPLINARE ART. 5 - SOGGETTI, premesso che il soggetto contraente dovrà necessariamente essere una Cassa di Assistenza, avente esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986, in riferimento all'art. 5 Disciplinare, relativo ai soggetti ammessi: "Si precisa in questa sede che le Casse sanitarie dovranno fornire nei termini rappresentati nel prosieguo del presente Disciplinare: - Il nominativo della (o delle) Compagnie di assicurazione con la quale intenderà stipulare la (o le) polizze assicurative per le coperture oggetto dell'appalto; (...)", nonché in riferimento all'art. 3.3. dello Schema di Convenzione, nella parte in cui si chiede di indicare la compagnia assicurativa con la quale si intende stipulare "le relative polizze inerenti le coperture assicurative" per ciascun Ramo, si chiede conferma che sia facoltà della Cassa di Assistenza stipulare tali polizze assicurative con una compagnia assicurativa per uno o più Rami del programma assicurativo, potendo in ogni caso erogare in proprio le coperture assicurative afferenti ad uno o più Rami, senza alcun obbligo, in tal caso, di stipulare una polizza con una compagnia assicurativa.

Risposta n. 29.

Si conferma che - se la cassa è autonomamente in grado di garantire la gestione di una o più delle coperture sanitarie oggetto della gara nei termini previsti nella documentazione di gara stessa - non è obbligatorio né stipulare polizze assicurative con una compagnia assicurativa per uno o più Rami del programma assicurativo, né indicarne le relative ragioni sociali.

Domanda n. 30

DISCIPLINARE ART. 7 - REQUISITI SPECIALI, in riferimento all'art. 7.2 Disciplinare, relativo al requisito speciale di capacità economica e finanziaria, consistente nell' "aver realizzato negli anni 2015, 2016 e 2017 (...) una raccolta contributi media annua pari almeno a 900.000,00 euro che comprenda coperture assicurative di tutti e tre i rami (Vita, Sanitario e Infortuni) oggetto del piano sanitario dell'Autorità", si chiede conferma che:

30.1 il requisito debba complessivamente intendersi, riferendosi ai contributi raccolti a fronte dei piani sanitari erogati dalla Cassa di Assistenza per le garanzie di cui ai Capitolati n. 1, n. 2, n. 3, n. 4 e n. 5, inerenti ai tre Rami, a-tecnicamente definiti con denominazione propria del settore assicurativo (Sanitario, Vita e Infortuni);

Risposta 30.1:

Si conferma.

30.2 tale requisito possa intendersi soddisfatto ricorrendo alla capacità economica dalla compagnia di assicurazione con cui il contraente intende stipulare le polizze assicurative a copertura delle garanzie oggetto dell'appalto, non necessitando un contratto di avvalimento

Risposta 30.2:

Non si conferma.

Il requisito di cui al punto 7.2 del Disciplinare di gara deve essere soddisfatto direttamente dal concorrente, il quale - se carente - può solo far ricorso all'avvalimento ma solo con un soggetto in possesso dell'iscrizione all'anagrafe dei fondi integrativi sanitari come anche specificato sia all'art. 8 del Disciplinare di gara che nella nota di precisazioni n. 3 dell'11 settembre 2018 pubblicata sul nostro sito internet <https://www.arera.it/it/gare/2018assicurazione.htm>.

30.3 in caso di ricorso alla capacità economica di altri soggetti, per quanto concerne la soddisfazione del requisito 7.2., la Cassa Assistenza sarà tenuta a compilare il modello 2 DGUE, parte IV, requisito B "Capacità economica e finanziaria", indicando l'ammontare della raccolta contributi per ciascun ramo realizzata da essa personalmente e/o dalla compagnia assicurativa con cui sono state stipulate le polizze assicurative a copertura delle garanzie oggetto dell'appalto.

Risposta 30.3:

Premessa la risposta n. 30.2, in ipotesi di avvalimento del requisito di cui al punto 7.2 del Disciplinare di gara, il concorrente dovrà indicare nel proprio DGUE, oltre alle indicazioni in merito all'avvalimento, l'ammontare della propria raccolta premi mentre l'impresa ausiliaria dovrà indicare l'ammontare della propria raccolta premi nel modello n. 4.

Domanda n. 31

Capitolato n.1 "ASSISTENZA AGGIUNTIVA" Art.1 - Oggetto della Copertura, al secondo comma "In particolare la Cassa, si impegna..." si chiede di specificare il concetto "Indipendentemente da accertamento medico".

Risposta n. 31

In via preliminare si rammenta che l'assistenza aggiuntiva è disciplinata dal Capitolato n. 2 e non dal capitolato n. 1, comunque si veda la risposta n. 13.

Domanda n. 32

Capitolato n.2 "ASSISTENZA AGGIUNTIVA" Art. 3 - Prestazioni Punto c) Prestazioni Extra-ospedaliere e/o ambulatoriali, si chiede conferma che trattasi di refuso e che il limite di assistenza previsto all'art. 5, lettera c), del Capitolato n.1 "Assistenza Base" viene aumentato di €1.000 per anno assistenziale e per nucleo assistito (ovvero € 9.000,00 se nessuno migliora in sede di gara il limite stabilito).

Risposta n. 32

In via preliminare il miglioramento previsto all'art. 3, punto c, del Capitolato n. 2 è stabilito in euro 1.500,00 e non euro 1.000,00 come indicato nella domanda.

Stante che l'art. 5, lettera c, del Capitolato n. 1 prevede un limite assistenziale complessivo di 8.000,00 (*o altro valore superiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara*) euro per anno assistenziale e per nucleo assicurato, il predetto art. 3, punto c, del Capitolato n. 2 contiene effettivamente un refuso.

Si deve, pertanto, correttamente leggere come segue: "Il limite di assistenza previsto all'art. 5, lettera c), del Capitolato n. 1 "Assistenza base" [pari a 8.000,00 euro (*o altro valore superiore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara*), per anno assistenziale e per nucleo assicurato] viene aumentato di 1.500,00 euro per anno assistenziale e per nucleo assicurato [*ovvero: 9.500,00 euro se nessuno migliora in sede di gara il limite stabilito - se la Cassa di assistenza migliora il limite in sede di gara il nuovo valore proposto si intende aumentato di 1.500,00 euro*]."

Domanda n. 33

Capitolato n. 3 "LONG TERM CARE" Art.3 – PREMI:

1. Si chiede di confermare che nel momento di attivazione della non autosufficienza dell'Assistito, gli verranno restituiti tutti i premi versati successivamente alla data di denuncia e che, quindi, l'Assistito non è più tenuto a versare alcun premio.

2. In caso di risposta positiva al punto 1., si chiede conferma che se attive anche una o più coperture di cui ai capitolati nn. 1, 2, 4 e 5, il proseguimento delle stesse e relativo pagamento premi, esula dal precedente punto 1.

Risposta n. 33

L'art. 3 del Capitolato n. 3, prevede espressamente che l'Autorità corrisponderà - per ciascuna posizione aperta e per una rendita annuale per Assicurato pari a 18.000,00 euro - i premi monoannuali relativi alle singole coperture assicurative per tutta la durata della Convenzione sottoscritta con la Cassa di assistenza, come derivanti dall'offerta economica presentata dalla medesima Cassa in sede di gara CIG 75451853A2.

Per gli Assicurati a cui viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza sarà restituito all'Autorità (e non all'Assistito come nella domanda) l'eventuale premio pagato dopo il ricevimento da parte della Cassa di assistenza della documentazione sanitaria relativa (data di denuncia) mentre i premi pagati antecedentemente la data di denuncia non saranno rimborsati.

Tale regime deve intendersi autonomo e distinto dalle altre coperture assicurative per le quali vale quanto previsto nei rispettivi capitolati di riferimento.

Domanda n. 34

Capitolato n. 5 "INFORTUNI PROFESSIONALI ed EXTRA-PROFESSIONALI" Art. 3 – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE- DELIMITAZIONE, si conferma che nel caso un medesimo evento possa essere oggetto di rimborso/indennizzo sia per il capitolato n.5 che per il capitolato n.1, le garanzie previste non sono da intendersi cumulabili?

Risposta n. 34

Si conferma.

Domanda n. 35

Capitolato n. 5 "INFORTUNI PROFESSIONALI ed EXTRA-PROFESSIONALI" Artt. 5 e 6 – INFORTUNI PROFESSIONALI/EXTRA-PROFESSIONALI, si chiede di ricevere i valori delle retribuzioni annue dei dipendenti

Risposta n. 35

Stante la formulazione riportata negli articolo 5 e 6 del capitolato n. 5 che prevedono entrambi dei valori massimi assicurati, non si ritiene rilevante la richiesta.

Domanda n. 36

La copertura LTC può essere fatta dal ramo vita e quindi ricomprenderla appunto in questo ambito assicurativo

Risposta n. 36

Si vedano le risposte n. 24 e n. 28.

Domanda n. 37

In art. 13.5 c'è scritto che le nostre quietanze le inviamo all'arera intestate appunto ad ARERA, ma se paga il familiare? Chi fa da sostituto d'impresa, arera o la cassa.

Risposta n. 37

Ogni tipologia di premio (sia per l'Assistito che per ogni Assicurato) per ogni singola copertura oggetto dei Capitolati di riferimento, viene corrisposto alla Cassa solo ed esclusivamente dall'Autorità.

Domanda n. 38

Il requisito di cui al disciplinare 7.3 secondo comma lo possiamo avere in avvalimento.

Risposta n. 38

In via preliminare si ribadisce che il Disciplinare di gara prevede espressamente per il requisito oggetto della domanda la possibilità di avvalersi nel rispetto delle condizioni di cui all'art. 8.

Si rimanda, altresì, alla risposta n. 2.

Domanda n. 39

Chiediamo di sapere se il disposto del disciplinare art. 8 prima capoverso subito dopo il punto f.iii che fa riferimento al requisito di cui all'art. 7.1 non sia applicabile alle compagnie di assicurazione (prevede che ogni azienda ausiliaria sia iscritto al ministero).

Risposta n. 39

Si rimanda alla nota di precisazioni n. 3 dell'11 settembre 2018 pubblicata sul nostro sito internet <https://www.arera.it/it/gare//2018assicurazione.htm>.

Domanda n. 40

Chiedere conferma che il sito web per la richiesta di sinistro non è quello <omissis>, ma quello <omissis> (vedasi al riguardo il capitolato 1 - sanitario, all'ultimo capoverso)

Risposta n. 40

Si precisa che il sito web di cui alla domanda è uno dei requisiti di cui all'art. 7, par. 7.3, punto 6, del Disciplinare di gara e prevede espressamente che il concorrente debba avere la disponibilità di un apposito servizio web/sito internet - accessibile con apposite e personali password e di facile accessibilità da parte degli Assistiti - sul quale rendere disponibili le condizioni generali di assistenza, l'elenco aggiornato degli operatori convenzionati (strutture e sanitari) e la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di permettere l'invio delle suddette richieste di erogazione in modalità on-line e richiedere, attraverso tali canali o tramite casella di posta elettronica dedicata, chiarimenti ed informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso al fine di permettere agli Assistiti di visionare la propria situazione assistenziale completa e l'andamento della propria pratica di rimborso, nonché i massimali residui.

Tale disponibilità può essere anche oggetto di avvalimento secondo termini e modalità di cui all'art. 8 del Disciplinare di gara ed alla nota di precisazioni n. 3 dell'11 settembre 2018 pubblicata sul nostro sito internet <https://www.arera.it/it/gare//2018assicurazione.htm>.

Milano, 11 settembre 2018

Autorità di Regolazione per Energia Reti e Ambiente
Direzione Affari Generali e Risorse
Il Vice Direttore
(firmato digitalmente: Massimo Donghi)