



Procedura aperta telematica per l'affidamento dei servizi concernenti il Piano di assistenza sanitaria integrativa per il personale dell'Autorità Nazionale Anticorruzione – CIG B5582382EC – FAQ

RIEPILOGO FAQ

QUESITI PERVENUTI

- 1) *Art. 12.1 del Disciplinare di Gara cita che l'offerta economica non è soggetta a ribasso e viene richiesta la selezione dell'importo "preimpostato" - Successivamente al punto 15 del Disciplinare si parla di Ribasso Economico dove il peso per ogni piano è del 10% - sempre nel Disciplinare al Criterio di Aggiudicazione punto 16 si parla di Offerta Tecnica valore 80 punti Offerta economica valore 20 punti. Chiarire se il premio è soggetto a ribasso economico e se il punto 12.1 sia un refuso*
- 2) *Scadenza della polizza in vigore e contestuale data di attivazione della copertura oggetto di gara*
- 3) *Confermare che in caso di richiesta di proroga annuale di 12 mesi da parte dell'Ente questa sia obbligatoria per la Cassa/Compagnia*
- 4) *DB sinistri diviso per Garanzie dettagliate e come prestate da capitolato (ricovero con e senza intervento, visite, accertamenti, fisioterapia etc), con dettaglio delle categorie assicurate, canalòe di accesso alla prestazione (in rete, fuori rete, ssn), richiesto, liquidato, riservato e n. sinistri, dal 2021 ad oggi*
- 5) *Età media degli assicurati*
- 6) *Percentuale di adesione dei dipendenti al Piano dal 2021 ad oggi*
- 7) *N. di pensionati che ad oggi hanno mantenuto la copertura assicurativa*
- 8) *Nell'allegato 13 in cui vengono riepilogate le modifiche tra le coperture in corso e quelle da capitolato, per la copertura premium viene specificato che: Per le Visite specialistiche e accertamenti diagnostici fuori convenzionamento, è previsto, fermo lo scoperto del 30%, un innalzamento del massimale per evento da € 80,00 ad € 160,00. Tuttavia, nel Capitolato allegato 3bis non vi è traccia di questa modifica. Si chiede pertanto se per le prestazioni di cui sopra il massimale è di 80 euro, come previsto nell'allegato 3bis, oppure di 160 euro come indicato nell'allegato 13?*
- 9) *Si richiede a che data è estratto il report dei sinistri presente negli allegati 12.*
- 10) *Si richiede scarico aggiornato del report dei sinistri, comprensivo dei sinistri effettuati nei mesi di proroga.*
- 11) *Avete una stima delle adesioni al piano BASE ed al Piano PREMIUM?*
- 12) *L'eventuale Opzione di proroga di 12 MESI, prevista nel Disciplinare di gara, è vincolante o facoltativa per la Compagnia? La Compagnia può eventualmente non accettare la proroga?*

13) Si richiede statistica dei sinistri effettuati dai FNAC nelle ultime tre annualità.

14) Tra le aree di riforma del capitolato tecnico vi sono gli ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN RETE e le CURE /SPESE/PROTESI DENTARIE IN RETE. Tuttavia, non sono stati forniti sinistri in merito alle categorie sopra citate. Si chiede di integrare i Report sinistri con le informazioni mancanti.

15) Sotto la voce ALTA DIAGNOSTICA (tabellare) IN RETE sono archiviati sinistri in cui l'importo della franchigia è pari a 20€ e non pari al 10% dell'importo della fattura (scoperto). Si chiede se tali sinistri in realtà siano VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN RETE data l'applicazione di regole di rimborso non in linea con la Categoria di Sinistro. In caso affermativo si chiede una estrazione aggiornata con le corrette nomenclature di categoria di sinistro.

16) Sotto la voce ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI F. RETE sono archiviati sinistri in cui l'importo del rimborsato è superiore ad 80€. Si chiede se tali sinistri in realtà sia ALTA DIAGNOSTICA F. RETE data l'applicazione di regole di rimborso non in linea con la Categoria di Sinistro. In caso affermativo si chiede una estrazione aggiornata con le corrette nomenclature di categoria di sinistro.

17) In merito alla gestione delle anagrafiche relative alle adesioni aggiuntive, si chiede conferma che l'intero processo verrà governato dal Broker citato nel disciplinare di gara.

18) Volevamo sapere dalla data di decorrenza della polizza in corso, quanti, suddivisi per annualità, hanno aderito alla polizza base e quanti hanno aderito alla polizza premium.

19) Si chiede di avere un aggiornamento al 31/01/2025 della statistica sinistri.

20) Si chiede di sapere dalla data di decorrenza della polizza in corso i premi complessivi raccolti per annualità comprensivi di eventuali regolazioni di premio.

21) Si chiede conferma che la data di scadenza dell'offerta sia il 14 marzo 2025 alle ore 13:00 come indicato nel bando di gara e sul portale telematico.

22) Rispetto a quanto riportato nell' Allegato 1 Disciplinare di Gara art 3 -Oggetto dell'Appalto, Importo e Suddivisione in lotti si chiede conferma che il Capitolato tecnico Base e il Capitolato tecnico Premium siano alternativi.

23) Si chiede di precisare quale delle tre opzioni seguenti dobbiamo considerare nella quotazione aggiuntiva di un check-up annuale in ottica di prevenzione richiesta nell'All'11 Modello Offerta tecnica Tabella n. 1- Varianti migliorative offerte con riferimento al Piano di base di cui all'Allegato n. 3 - Criterio 9 - e Tabella n. 2- Varianti migliorative offerte con riferimento al Piano 'premium' di cui all'Allegato n. 3-bis - Criterio 7 - , dobbiamo considerare :

- un check up annuale per il solo dipendente ?

- un check up annuale per uno solo dei componenti del nucleo, o dipendente o familiare alternativamente ?

- un check up annuale per ciascuno dei componenti del nucleo, quindi sia per il dipendente che per i familiari nella stessa annualità?

24) A pag 7 del disciplinare si fa riferimento ad un allegato 3.ter elenco grandi interventi chirurgici, che non risulta presente nei documenti di gara; si chiedono delucidazioni in merito

25) Si chiede se è ammessa la Coassicurazione.

26) Si chiede di indicare la data di decorrenza del nuovo contratto.

27) Si chiede conferma che la durata del contratto è fissata a 1 anno.

28) In riferimento all'eventuale opzione di rinnovo della copertura di un ulteriore 12 mesi, si chiede se la Compagnia è vincolata ad accettare.

29) Si chiede di fornire il capitolato attualmente in corso.

30) In riferimento alle statistiche sinistri fornite, si chiede di indicare in relazione a ciascun file Excel:

a. la data di aggiornamento dei dati

b. la Compagnia di Assicurazione che gestisce il rischio

c. di indicare la data di decorrenza

d. se i sinistri sono imputabili sia ai dipendenti che ai familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico

e. di indicare per ciascuna annualità di polizza il premio di competenza.

31) In riferimento all'allegato "All. 15 ANAGRAFICA AGGIORNATA BENEFICIARI POLIZZA", si chiede di indicare a quale annualità si riferiscono le teste sottorischio.

32) Si chiede conferma che il piano Premium è di nuova introduzione per procedura di gara ed inoltre si chiede conferma che l'adesione al piano premium è volontario.

33) Si chiede conferma che il piano BASE è alternativo al piano PREMIUM.

34) In riferimento all'art. 5 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI del piano PREMIUM (pag.13), si chiede conferma che per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi è previsto in strutture convenzionate un sottolimito di € 800 anno/nucleo con applicazione di uno scoperto pari al 10%, mentre in strutture non convenzionate è previsto un massimo per prestazione di € 80 con uno scoperto del 30%.

35) In riferimento al piano premium, se aderisce un familiare fiscalmente NON a carico, il premio unitario da pagare è € 850 o € 1.700?

36) In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico di base" e 3 bis "Capitolato tecnico premium", art. 3.4 "TRASPORTO SANITARIO", si chiede conferma la copertura sia prevista a seguito di ricovero/day hospital indennizzabili a termini di polizza.

37) In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico di base" e 3 bis "Capitolato tecnico premium", art. 3.5 "RIMPATRIO DELLA SALMA", si chiede conferma la copertura sia prevista a seguito di ricovero indennizzabile a termini di polizza.

38) In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico di base" e 3 bis "Capitolato tecnico premium", art. 3.8 "Indennità sostitutiva" si chiede conferma che, in caso di richiesta di day hospital con pre e post ricovero, al fine di una corretta valutazione del sinistro, le fatture di pre e post ricovero debbano essere inviate in un'unica soluzione contestualmente alla richiesta di indennità.

39) In relazione all'allegato 3 "Capitolato tecnico di base" e 3 bis "Capitolato tecnico premium", art. 4 "ALTA SPECIALIZZAZIONE", si legge "E' previsto il rimborso delle spese per le seguenti prestazioni (indicate a titolo esemplificativo)..". Si chiede conferma che la dicitura "a titolo esemplificativo" sia un refuso e che le prestazioni previste nella suddetta garanzia siano solo quelle indicate nell'elenco riportato all'articolo stesso. Ne consegue che gli accertamenti diagnostici non compresi in tale elenco debbano intendersi previsti all'art. 5 "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI". Diversamente, ci sarebbero accertamenti diagnostici previsti in entrambe le garanzie, e non sarebbe possibile procedere a una corretta e puntuale liquidazione.

40) Con riferimento all'art. 16.2 - Garanzia definitiva - della bozza di contratto, segnaliamo che la durata di quest'ultimo è fissata in 12 mesi e non in 36. pertanto la durata della garanzia dovrebbe essere di 12 mesi.

CHIARIMENTI FORNITI

1) *Si veda l'Avviso di rettifica pubblicato il 6.02.2025. Si conferma che il richiamato punto del Disciplinare di gara costituisce un refuso. La gara sarà aggiudicata con il criterio dell'OEPV sulla base del miglior rapporto qualità prezzo. Al punteggio economico saranno attribuiti complessivamente 20 punti, di cui 10 saranno riferiti al ribasso offerto rispetto alla base d'asta prevista per il Capitolato tecnico di base, e i restanti 10 al ribasso offerto rispetto alla base d'asta prevista per il Capitolato tecnico 'premium'.*

2) *La proroga tecnica della polizza attualmente in vigore scadrà in data 30 aprile 2025. La data di attivazione della copertura oggetto di gara sarà successivamente individuata e comunicata sulla base delle tempistiche di conclusione della procedura.*

3) *Si conferma.*

4) *Non si dispone dei dati sui sinistri con la granularità richiesta in quanto il punto C.1.5. REPORTISTICA DEI SINISTRI è stato introdotto per la prima volta nell'All. 3 "Capitolato tecnico di base" e All. 3bis "Capitolato tecnico premium" della Gara con CIG: B5582382EC. Gli Allegati da 12a a 12f che formano parte integrante dei documenti della presente gara sono nei formati originali ricevuti dalla Compagnia che copre attualmente il rischio.*

5) *Tale dato è desumibile dall'Allegato 15, già pubblicato nella documentazione di gara.*

6) *La percentuale di adesione dei dipendenti al Piano è pari al 98%.*

7) *Ad oggi, hanno mantenuto la copertura assicurativa n. 9 pensionati. Si evidenzia tuttavia che i medesimi 9 pensionati non saranno ricompresi tra i soggetti assicurabili con la nuova polizza. Si richiama, in proposito, quanto previsto dal par. 2.3. del Capitolato tecnico di base e del Capitolato tecnico premium (Allegati nn. 3 e 3-bis.).*

8) *Si veda l'Avviso di rettifica pubblicato il 19.02.2025. Si evidenzia che, per mero refuso, il par. 5 dell'Allegato 3-bis "Capitolato tecnico 'premium'", dedicato a "Prestazioni specialistiche e accertamenti diagnostici", omette di specificare che l'importo massimo per prestazione/accertamento di 80,00 € ivi indicato (per il caso in cui l'assicurato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a medici che esercitano*

in intramoenia, o a medici non convenzionati) si riferisce esclusivamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi. Diversamente, per visite specialistiche, analisi e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio (con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici qualora superino quanto previsto al punto 9 del medesimo Capitolato), conformemente a quanto indicato nell'Allegato 13, l'importo massimo rimborsabile per ogni singola prestazione deve intendersi pari ad € 160,00, fermo restando lo scoperto del 30%. Ciò limitatamente al "Capitolato tecnico premium" di cui all'Allegato 3-bis.

PER L'EFFETTO, IL PAR. 5 DELL'ALLEGATO 3-BIS "CAPITOLATO TECNICO PREMIUM", RUBRICATO "PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI", DEVE INTENDERSI COSÌ SOSTITUITO:

"E' previsto il rimborso delle spese per visite specialistiche, analisi e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici qualora superino quanto previsto al punto 9 del presente Capitolato Tecnico.

I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono rimborsati previa presentazione di UN'UNICA prescrizione medica contenente la patologia che ha reso necessario il ciclo di terapia, per un massimo di euro 800,00 annui per nucleo familiare.

Per l'autorizzazione alla visita specialistica/rimborso è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a medici convenzionati, le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 10%.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a medici che esercitano in intramoenia, o a medici non convenzionati le spese sostenute vengono rimborsate all'Assicurato per un importo massimo per prestazione/accertamento di euro 160,00, con uno scoperto del 30%.

Per i soli trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie pubbliche, ma a professionisti che esercitano in intramoenia, o a professionisti non convenzionati, l'importo massimo rimborsabile per ogni singola prestazione è pari ad euro 80,00, fermo restando lo scoperto del 30%.

Le franchigie e gli scoperti previsti per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi si riferiscono a ciascun ciclo di terapia fisioterapica/riabilitativa.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, saranno rimborsati integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Si considerano unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati in un'unica richiesta di rimborso.

Il massimale annuo garantito per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a euro 3.000,00 per anno per nucleo familiare".

9) In data 17.10.2024.

10) Si veda il documento pubblicato dall'Autorità in data 21.2.2025 e denominato "All. 16 Report Sinistri _ Chiusi e Pendenti (ottobre '24 - gennaio '25)".

11) In questa fase non è possibile stimare, nemmeno approssimativamente, quanti assicurati aderiranno al Piano di base e quanti invece aderiranno al Piano premium, in quanto non esistono dati storici a cui fare riferimento (la polizza attualmente in essere, infatti, non prevede la possibilità di scegliere tra due differenti livelli di copertura). Inoltre, la scelta dei singoli assicurati è suscettibile di essere influenzata dagli esiti della gara, che potranno rendere più o meno conveniente l'adesione a uno dei due Piani, sulla base dei contenuti dell'offerta dell'aggiudicatario.

12) Come già indicato nella FAQ n. 3, l'opzione di proroga è vincolante per la Compagnia.

13) L'unico formato ricevuto dall'attuale Compagnia è quello di cui agli Allegati 12 e ss.

14) Non si dispone di informazioni ulteriori rispetto a quelle già fornite.

15) Sulla base di quanto riferito dall'attuale Compagnia, l'estrazione non può essere rielaborata e pertanto l'informazione richiesta non è disponibile.

16) Sulla base di quanto riferito dall'attuale Compagnia, l'estrazione non può essere rielaborata e pertanto l'informazione richiesta non è disponibile.

17) Si conferma.

18) Si veda la FAQ n. 11.

19) Si veda la FAQ n. 10.

20) L'informazione richiesta non rileva ai fini della procedura.

21) Si conferma.

22) Si conferma

23) I criteri di valutazione n. 7 di cui alla Tabella 5 del Disciplinare di gara e n. 9 della Tabella 6 di cui al medesimo Disciplinare di gara si riferiscono all'offerta migliorativa di un check-up annuale – alle condizioni e con le limitazioni di età ivi previste – per tutti i soggetti assicurati, per tali intendendosi sia i dipendenti titolari, sia i relativi familiari fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico.

24) In data 3.3.2025 è provveduto a pubblicare l'All 3.ter "Elenco grandi interventi chirurgici".

25) Come indicato al par. 4 del Disciplinare di gara non è ammesso il riparto in coassicurazione di cui all'art. 1911 del codice civile.

26) Si veda la FAQ n. 2.

27) La durata del contratto è di un anno con opzione di proroga per ulteriori 12 mesi.

28) Come già indicato nelle FAQ n. 3 e n. 12, l'opzione di proroga è vincolante per la Compagnia.

29) Il documento richiesto fa parte della documentazione di gara già pubblicata dall'Autorità. Si veda l'allegato 14 "Capitolato polizza attuale".

30)

a. I dati sono estratti entro i 15 giorni successivi alla fine del periodo di riferimento dell'estrazione;

b. Generali Italia Spa;

c. Nel titolo di ciascun file excel fornito è indicato il periodo di riferimento dei relativi dati;

d. Si conferma che i sinistri sono imputabili sia ai dipendenti che ai familiari fiscalmente e non fiscalmente a carico

e. Per la polizza in corso i premi annuali sono i seguenti: € 1.862,25 per ciascun titolare (comprensivi di eventuali familiari fiscalmente a carico) e € 500,00 per ciascun familiare non fiscalmente a carico

31) L'anagrafica di cui all'Allegato 15 si riferisce alle teste assicurate nell'annualità 01/10/2023-30/09/2024, successivamente fatta oggetto di proroga tecnica.

32) Si conferma che il piano Premium è di nuova introduzione e che l'adesione al medesimo è su base volontaria

33) Si conferma

34) Si conferma e si precisa che il sottolimito di € 800,00 annui/nucleo si applica a tutti i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, a prescindere che siano erogati da strutture e/o professionisti convenzionati o non convenzionati.

35) Il premio annuo per ciascun familiare non fiscalmente a carico è di € 850,00 sia per la polizza base che per la polizza premium.

36) Si conferma

37) Si conferma

38) Si conferma

39) Le prestazioni elencate sono indicate a titolo meramente esemplificativo. Nell'eventualità di prestazioni presenti in entrambe le garanzie si procederà all'attribuzione della garanzia che prevede le condizioni di liquidazione più favorevoli all'assicurato.

40) Si conferma che la durata della garanzia fideiussoria dovrà essere pari alla durata contrattuale (12 mesi + ulteriori 12 mesi nel caso di proroga).

In aggiunta ai chiarimenti che precedono, si precisa che la Tabella n. 6 del Disciplinare di gara reca i criteri di valutazione relativi alle varianti migliorative offerte "con riferimento al Piano premium di cui all'Allegato n. 3-bis" e non, evidentemente, "con riferimento al Piano di base di cui all'Allegato n. 3-bis".