

Oggetto: GARA A PROCEDURA APERTA PER L'APPALTO DI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE PER I DIPENDENTI NON DIRIGENTI (E PER IL NUCLEO FISCALMENTE A CARICO) DI SOGEI S.p.A e CONSIP S.p.A.

I chiarimenti della gara sono visibili sui siti: www.consip.it; www.acquistinretepa.it; www.mef.it

Si comunica che la Consip S.p.A. con il presente documento ha provveduto a fornire chiarimenti alle sole richieste di informazioni complementari/supplementari sulla documentazione di gara, ai sensi dell'art. 88, comma 3, D.Lgs. n. 36/2023. Ne consegue che non è stato riprodotto – e pertanto non sarà oggetto di riscontro - tutto ciò che non rientra nell'ambito di applicazione della predetta previsione normativa.

CHIARIMENTI

1) Domanda

Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza vigenti o, in alternativa, le differenze rilevanti tra il capitolato in corso e quello posto a base di gara

Risposta

La documentazione relativa alle condizioni di polizza vigenti è disponibile sul sito Consip (come riportato nell'allegato 13 al Disciplinare di Gara) e consultabile al seguente [link](#).

Con riferimento al Fondo MetaSalute, i Piani Sanitari vigenti sono disponibili sul sito dello stesso www.fondometasalute.it

2) Domanda

Considerato che la durata della copertura è di 18 mesi con decorrenza dal 01/07/2025 si chiede quale, tra quelle riportate di seguito, sia l'interpretazione corretta:

- I 18 mesi costituiranno un unico periodo assicurativo all'interno del quale andranno considerati e conteggiati i massimali riportati all'interno del capitolato sia per le prestazioni ospedaliere che per i massimali ad integrazione previsti per le prestazioni extra ospedaliere; ad esempio, il massimale anno/nucleo di euro 250.000 per l'area ricovero si intende riferito ai 18 mesi,
- I 18 mesi costituiscono due periodi di copertura distinti, uno da 6 mesi e l'altro da 12 mesi. In tal caso i massimali riportati nel capitolato sono riferiti al periodo di 12 mesi e, di conseguenza, per il restante periodo di 6 mesi bisognerà considerare massimali dimezzati.

Risposta

Si conferma la seconda ipotesi.

3) Domanda

Si chiede conferma che in caso di proroga tecnica i massimali e i premi saranno entrambi da riproporzionare in funzione della durata della proroga stessa; quindi, in caso di proroga semestrale i massimali e i premi sono entrambi da ridurre del 50%.

Risposta

Si conferma.

4) Domanda

Si chiede se il numero di 3.296 dipendenti, utilizzato per il calcolo della base d'asta, si riferisce al numero totale di dipendenti o al numero stimato di adesioni alla copertura.

Risposta

Come indicato al par. 3 del Disciplinare di Gara, 3.296 rappresenta il numero di dipendenti non dirigenti comprensivo degli ingressi e delle uscite stimati previsti al 31.12.2026.

5) Domanda

In riferimento all'art 6 comma 2 del Capitolato si chiede conferma che la scelta, in riferimento ai familiari non a carico, di aderire con massimali autonomi o condivisi vale per tutti i 18 mesi.

Risposta

Si conferma.

6) Domanda

In riferimento all'art 16 del Capitolato si chiede conferma che per le prestazioni ospedaliere la copertura agisce a primo rischio; mentre per le extra ospedaliere agisce come integrativa a secondo rischio rispetto al piano ms3 di MétaSalute per Consip e al piano ms2 per Sogei fino al 31/12/2025 e a partire dal 01/01/2026 come integrativa sul piano base di MétaSalute sia per Consip che per Sogei.

Risposta

Si conferma.

7) Domanda

In riferimento all'art 16/E del Capitolato sono riportate come garanzie da integrare le visite ed accertamenti e l'alta diagnostica; si chiede di precisare se le altre garanzie, che non rientrano nell'area ricovero, previste dai piani base, ms2 e ms3 saranno o meno oggetto di integrazione.

Risposta

Si specifica che con riferimento all'art. 16/E, sono oggetto di integrazione le seguenti garanzie: visite ed accertamenti diagnostici e alta specializzazione.

8) Domanda

In riferimento all'art 16/E del Capitolato si chiede conferma della seguente interpretazione. Gli importi di euro 400 e 600 rispettivamente per alta specializzazione e visite ed accertamenti, integrano le quote a carico degli

assicurati previste dai piani ms2 e ms3 di MétaSalute sui primi 5 esami. Dal sesto in poi varranno sempre i massimali di 400 e 600 ma con applicazione dello scoperto del 30%.

Risposta

Si conferma. Gli importi di euro 400 e 600 rispettivamente per alta specializzazione e viste ed accertamenti, integrano le quote a carico degli assicurati previste dai piani ms2 e ms3 di MétaSalute sui primi 5 esami fino al 31/12/2025 e dal Piano Base dal 01/01/2026 al 31/12/2026 e dal sesto accertamento saranno rimborsate le spese con applicazione di uno scoperto del 30% (eventualmente migliorabile in sede di offerta).

9) Domanda

In riferimento all'art 16/F si chiede conferma della seguente interpretazione. Nel caso in cui la prestazione sia prevista dal Fondo métaSalute non richiesta al Fondo ma richiesta direttamente al piano oggetto del presente capitolato, l'assicurato viene rimborsato al netto dell'applicazione delle condizioni previste dai piani ms2 e ms3 fuori rete di métaSalute. Si chiede se in tal caso per "prestazione prevista dal Fondo métaSalute" si intendono esclusivamente visite, accertamenti e alta specializzazione (le prestazioni indicate all'art 16/E) oppure anche altre prestazioni extraospedaliere previste da métaSalute (ad esempio la fisioterapia, il pacchetto maternità, l'odontoiatria)? In questa fattispecie le prestazioni ospedaliere sono sempre escluse?

Risposta

Per prestazione prevista dal Fondo di Metasalute, di cui all'art. 16/F del Capitolato/Schema di Contratto si intendono tutte le prestazioni previste dal Fondo Metasalute e dai relativi piani.

10) Domanda

In riferimento all'art 16/F si chiede conferma che la fattispecie "garanzia non prevista da métaSalute." equivalga al caso in cui *MétaSalute. si rifiutasse di erogare il rimborso delle spese presentate, benché previste nel proprio regolamento e nel presente capitolato....* In tal caso si chiede di specificare se la garanzia per la quale si chiede il rimborso debba essere o meno contemplata da métaSalute. In caso affermativo non sarebbe possibile chiedere il rimborso per una garanzia non prevista da métaSalute.

Risposta

Posto che il quesito non è chiaro, si rinvia a quanto stabilito sul punto all'art. 16/F in cui è regolata anche l'ipotesi di garanzia non prevista da métaSalute.

11) Domanda

In riferimento all'art 3 comma 2 del Capitolato, è riportato che: "L'Assistenza per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 01.07.2025 e in forma di Assistenza Diretta dal giorno successivo a quello in cui perverrà all'aggiudicatario l'elenco degli Assistiti, previo raggiungimento della percentuale di adesione minima. Il file con l'elenco degli assistiti sarà inviato all'aggiudicatario nel termine di 30 giorni antecedenti la data di decorrenza del piano sanitario.". Si chiede conferma che, per quanto riguarda l'assistenza diretta, in ogni caso non sarà attiva prima del 01/07/2025.

Risposta

Si conferma, l'assistenza diretta, in ogni caso non sarà attiva prima del 01/07/2025.

Il termine di 30 giorni, antecedenti la data di decorrenza del piano sanitario, indicato per la trasmissione del file con l'elenco degli assistiti (art. 3 del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto) è da considerarsi refuso. Si specifica che entro la data del 30 giugno 2025 sarà inviato il file contenente l'elenco degli assistiti; tale elenco (integrabile entro la data del 30 giugno predetta) sarà anticipato entro il 16/06/2025.

12) Domanda

In riferimento all'art 16/F per la fattispecie *“qualora métaSalute si rifiutasse di erogare il rimborso delle spese presentate, benché previste nel proprio regolamento e nel presente capitolato la liquidazione avverrà con applicazione di uno scoperto del 30%”*, si chiede conferma che le richieste respinte da métaSalute riferite a garanzie previste nel regolamento di métaSalute e nel capitolato della gara Consip/Sogei, saranno liquidate con scoperto del 30%.

Risposta

Si conferma. Si specifica che l'applicazione dello scoperto del 30%* per la fattispecie in esame potrà essere migliorato in offerta tecnica (criterio n. 5 del Disciplinare di gara).

13) Domanda

Con riferimento al Capitolato tecnico § Definizioni – Malformazione, si chiede che la parola “cognitive” nella definizione di malformazione sia un refuso e debba essere sostituita con “congenite”

Risposta

Si conferma. Trattasi di refuso, il termine corretto è “congenite”.

14) Domanda

Con riferimento al Capitolato Tecnico, art. 16/E – Area extra-ospedaliera relativamente alle spese per l'Alta specializzazione (alinea 2 del presente articolo) si chiede alla Stazione Appaltante di confermare che s'intendano quelle indicate ai Piani Sanitari di métaSalute richiamati nel capitolato.

Risposta

Si conferma.

15) Domanda

Con riferimento al Capitolato tecnico § Definizioni – Day hospital si chiede conferma che non costituisce Day hospital:

- la permanenza al Pronto Soccorso
- la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale

Risposta

Si conferma. Il Day Hospital implica una degenza senza pernottamento.

16) Domanda

Con riferimento al Capitolato tecnico § Definizioni - Ricovero si chiede conferma che:

- in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti
- non costituisce Ricovero la permanenza in O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva) o in Pronto Soccorso.

Risposta

Con riferimento al primo quesito, si conferma che si considera come unico evento.

Con riferimento al secondo quesito si conferma che è considerato comunque ricovero la permanenza in O.B.I. o in Pronto Soccorso.

17) Domanda

Si chiede:

- Premio in corso per i dipendenti non dirigenti e famigliari a carico;
- Premio in corso per estensione famigliari non a carico con massimali condivisi;
- Premio in corso per estensione famigliari non a carico con massimali autonomi;

Risposta

Con riferimento alle annualità 2022 2023 2024, il corrispettivo annuo lordo (comprensivo degli eventuali premi e connessi oneri fiscali ed eventuali oneri di iscrizione al fondo) è pari a:

- € 502,60 per ciascun dipendente Consip e Sogei e relativo nucleo familiare fiscalmente a carico;
- € 560,00 per ogni familiare non fiscalmente a carico in caso di opzione con massimale condiviso;
- € 670,00 per ogni familiare non fiscalmente a carico in caso di opzione a massimale autonomo.

18) Domanda

Specificare se le condizioni previste nel capitolato replicano le condizioni in corso e degli anni precedenti; se differenti fornire le CGA o in alternativa indicare le eventuali varianti inserite;

Risposta

Si veda la risposta al quesito n. 1. Si precisa che nella copertura vigente non sono previste le condizioni di cui al 16/E – Area extra-ospedaliera e 16/F – Clausola Integrativa.

19) Domanda

Si chiede conferma se nella Clausola Integrativa (16/F) per quanto riguarda la prestazione, prevista dal Fondo métaSalute, non richiesta al Fondo ma richiesta direttamente al piano oggetto del presente capitolato: rimborso al netto di quanto avrebbe riconosciuto il Fondo fuori rete ci si riferisce:

- Nel caso del Piano Base, ai soli GIC presenti sia nell'elenco di métaSalute e sia nell'elenco del capitolato di gara
- Nel caso del Piano MS2 ed MS3, Ricoveri con o senza intervento ed ai GIC presenti sia nell'elenco di métaSalute e sia nell'elenco del capitolato di gara ed ai Ricoveri

Risposta

Si rinvia alla risposta al quesito n. 9.

20) Domanda

Si chiede conferma se nella Clausola Integrativa (16/F) per quanto riguarda garanzia non prevista da métaSalute: scoperto del 30% (valore soggetto a miglioria, cfr. par. 18.1, criterio n. 5 del Disciplinare di gara) ci si riferisce:

- Nel caso del Piano Base, al Parto, alla fecondazione artificiale, ai GEM ed ai Ricoveri con o senza intervento diversi da GIC
- Nel caso del Piano MS2, al Parto, alla fecondazione artificiale ed ai GEM
- Nel caso del Piano MS3, al Parto alla fecondazione artificiale ed ai GEM

Risposta

La clausola integrativa di cui al 16/F del Capitolato richiamata nel quesito, si riferisce a prestazioni non incluse nel normativo di métaSalute ma ricomprese nel Piano Sanitario oggetto della procedura di gara.

21) Domanda

In riferimento all'Art. 16/F – Clausola Integrativa: si chiede conferma che la Società aggiudicataria riceverà il Regolamento in essere del Fondo di categoria.

Risposta

Il Regolamento, nonché i Piani Sanitari MetaSalute vigenti, sono disponibili sul sito del Fondo www.fondometasalute.it.

22) Domanda

Si chiede conferma che i massimali delle prestazioni riportati nel documento "ID 2823 - Capitolato Tecnico_Schema di contratto" siano riferiti al periodo di copertura 01/07/2025 -31/12/2026. In caso negativo, si chiedono maggiori dettagli sulla gestione.

Risposta

Si veda la risposta al quesito 2.

23) Domanda

In relazione ai contenuti del comma 5 e 6 dell'art 27. *Trattamento dei dati personali* del Capitolato, in merito alla possibilità di trasferimento dei dati extra UE è indicato che “... *Nel caso in cui si renda necessario un trasferimento di Dati Personali al di fuori dell’Unione europea per l’erogazione di servizi connessi al Contratto – da intendersi anche come accesso ai dati – il Fornitore, previa specifica autorizzazione della Contraente, potrà procedere al trasferimento dei dati da o verso un paese terzo o un’organizzazione internazionale al di fuori dell’Unione europea che sia coperta da una decisione di adeguatezza resa dalla Commissione europea ai sensi dell’art. 45 Regolamento o da altre garanzie adeguate di cui agli artt. 46 e ss. del Regolamento stesso (es. utilizzo delle clausole contrattuali tipo adottate dalla Commissione europea ai sensi dell’art. 46, par. 2, lett. c) del Regolamento, utilizzo delle norme vincolanti d’impresa Binding Corporate Rules - BCR), fatta salva la necessità valutata preventivamente tra le Parti di adottare eventuali misure supplementari per garantire l’efficacia di tali garanzie. ... omiss*”, si segnala che in alcune circostanze l’assicurato potrebbe trovarsi ad

avere necessità di prestazioni sanitarie urgenti in occasione di viaggi presso paesi esteri, dove la tutela privacy potrebbe non essere garantita secondo gli standard indicati.

Si chiede cortese conferma che la Compagnia assegnataria possa, su richiesta dell'assicurato, procedere alla presa in carico di una prestazione con erogazione diretta presso strutture appartenenti alla rete convenzionata estera (qualora presenti), previa somministrazione di un'adeguata informativa e richiesta di un espresso consenso all'interessato stesso.

Risposta

Si conferma. La Compagnia Assicurativa, in qualità di Titolare autonomo del trattamento, stabilisce in maniera esclusiva le modalità e le finalità del trattamento dei dati. In particolare, per quanto riguarda il trasferimento dei dati verso Paesi extra UE, la Compagnia ha piena discrezionalità nel procedere come ritiene più opportuno, pur restando vincolata al rispetto delle disposizioni previste dal GDPR per i trasferimenti verso Paesi Terzi.

24) Domanda

In riferimento all'Articolo 26 *"Pagamento"* a pag. 44 del *"Capitolato tecnico_ Schema di contratto"* si legge:

"Il Fornitore prende atto che le fatture (ovvero, per i soggetti esclusi dal relativo obbligo, documenti ad esse equivalenti che attestino la richiesta del pagamento, dai quali decorrono i termini per la scadenza) dovranno essere intestate:

- <per Sogei: a "Amministrazione, Bilancio e Tesoreria" – Ufficio Contabilità Fornitori - e dovranno riportare in evidenza il numero di repertorio _____, il Codice Identificativo Gare (CIG) _____ il Codice Unico del Procedimento (CUP), il numero d'ordine che saranno successivamente comunicati, nonché tutte le altre informazioni indicate sul sito www.sogei.it - Area Fornitori - Fatturazione elettronica verso Sogei, nel quale sono riportate le modalità da seguire per la predisposizione e la trasmissione delle fatture elettroniche e alle quali il Fornitore si impegna ad attenersi;

- <<per Consip: a _____ e dovranno riportare in evidenza il Codice Identificativo Gare (CIG) _____ <e ove previsto e il CUP _____ >. Il Fornitore si impegna ad attenersi per la predisposizione e la trasmissione delle fatture elettroniche alle modalità indicate dalla Contraente, in conformità a quanto previsto dalla normativa in materia secondo l'allegato __ al presente Contratto, ove applicabile>>.".

A tal proposito si evidenzia alla Stazione Appaltante che la Cassa di Assistenza regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute che assumerà la contraenza dei piani sanitari oggetto della procedura, come richiesto negli atti di gara, non potrà emettere fatture trattandosi di Associazione senza scopo di lucro pertanto sprovvista di partita IVA.

Risposta

Come stabilito al par. 26 del Capitolato Tecnico/Schema di Contratto, per i soggetti esclusi dall'obbligo di emissione fatture, le prescrizioni si applicano ai documenti ad esse equivalenti che attestino la richiesta del pagamento e dai quali decorrono i termini per la scadenza.

25) Domanda

Si chiede conferma che non sia prevista alcuna remunerazione per gli intermediari di cui si parla nel paragrafo 36 del *"Capitolato tecnico_ Schema di contratto"*. In caso contrario si chiede di esplicitare tale remunerazione ed indicare se la stessa sia da considerarsi inclusa o meno nei contributi pagati all'Aggiudicataria.

Risposta

Si rimanda quanto chiaramente previsto all'art. 36 del Capitolato/Schema di Contratto.

26) Domanda

In riferimento al *"Capitolato tecnico_ Schema di contratto"*, *"Elenco Grandi Interventi Chirurgici"* punto 6. Chirurgia dell'apparato digerente-colon-retto, si legge *"Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica"*.

Si chiede conferma se anche le cisti e le pseudocisti si riferiscano alla parte anatomica del pancreas.

Risposta

Si conferma.

27) Domanda

Si chiede se le prestazioni descritte nel *"Capitolato tecnico_ Schema di contratto"* alle lettere: **16/A, 16/C e 16/D** siano da intendersi prestate a primo rischio oppure ad integrazione di quanto previsto dal Fondo MetaSalute.

Risposta

Si conferma che le prestazioni descritte alle lettere: 16/A, 16/C e 16/D siano da intendersi prestate a primo rischio.

28) Domanda

Si chiede conferma che i ticket previsti al punto 16/D a pagina 19 del *"Capitolato tecnico_ Schema di contratto"* includano esclusivamente i ticket per tutte le prestazioni presenti ai punti: 16/A, 16/C, 16/E.

Risposta

Si conferma.

29) Domanda

Si chiede conferma che per i familiari non coperti dal Fondo MetaSalute, le prestazioni alle lettere **16/A, 16/B, 16/C e 16/D** del *"Capitolato tecnico_ Schema di contratto"* siano da intendersi prestate a primo rischio e le prestazioni descritte alla lettera **16/E** siano da intendersi rimborsate con uno scoperto del 30%, come descritto alla lettera **16/F** del Capitolato.

Risposta

Si conferma.

30) Domanda

Si chiede, per tutte le cifre decimali da inserire sul Portale sotto l'offerta economica, quale sia il separatore da utilizzare dal momento che il "." non è inseribile da sistema.

Risposta

Il separatore da utilizzare in caso di presenza di decimali è la virgola. Non è ammesso il punto come separatore di migliaia, pertanto sarà sufficiente indicare solo le cifre numeriche.

31) Domanda

In riferimento alla definizione di evento contenuta nel "*Capitolato tecnico_ Schema di contratto*", si chiede conferma che in caso di prestazioni extra-ospedaliere, **per evento** si intenda la data in cui la prestazione sia stata effettuata.

Risposta

Si conferma.

32) Domanda

In riferimento al "*Capitolato tecnico_ Schema di contratto*", Art 16 Oggetto del piano sanitario si legge "*Il presente Piano Sanitario garantisce le spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di malattia (anche insorta anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura), **infortunio** parto naturale e cesareo, aborto spontaneo e terapeutico, nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti*". Si chiede conferma che l'*infortunio* debba essere avvenuto durante l'operatività della copertura.

Risposta

Rientrano in copertura tutte le diagnosi, patologie o sospette patologie pregresse. Il piano sanitario non considera la data dell'*infortunio*, bensì la data della prestazione sanitaria.

33) Domanda

In riferimento alla garanzia "*parto*" di cui al punto 16/A Area ricovero del "*Capitolato tecnico_ Schema di contratto*" si legge "*In caso di parto cesareo, sono riconosciute al 100% le spese relative al ricovero di cui al presente art.14/A con il limite massimo di € 6.000, 00.*". Si chiede conferma che il riferimento all'art 14/A si tratti di **refuso** ed il corretto articolo a cui fare riferimento sia il 16/A Area Ricovero.

Risposta

Si conferma. Trattasi di **refuso**.

34) Domanda

In riferimento alla garanzia "**Rimpatrio della salma**" di cui al punto 16/A Area ricovero del "*Capitolato tecnico_ Schema di contratto*" si legge "*In caso di decesso all'estero durante in Ricovero vengono rimborsate le spese per il rimpatrio della salma con un massimo di € 2.000,00 per persona*". Si chiede conferma che il ricovero sia indennizzabile a termini di polizza ed avvenuto durante l'operatività del contratto.

Risposta

Si conferma.

35) Domanda

In "Tabella dei criteri discrezionali (D) e tabellari (T) di valutazione dell'offerta tecnica, al punto 1, si legge:

"Minimo previsto da Capitolato 250.000,00 € (C=0) [...]"

350.000,00 € (C=0,1)"

si chiede conferma che il coefficiente indicato per l'importo di € 350.000 sia in realtà C=1."

Risposta

Si conferma, trattasi di refuso. Il coefficiente indicato per l'importo di € 350.000 è pari a 1.

36) Domanda

Con riferimento alla definizione di "DIFETTO FISICO" si chiede di precisare il contenuto della stessa in quanto il difetto fisico non è necessariamente collegato ad una condizione patologica (vedi ad es. scoliosi o piede piatto) e la condizione traumatica acquisita sarebbe un Infortunio.

Risposta

Per Difetto Fisico si intende quanto segue: "deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite."

37) Domanda

Si chiede conferma che la durata del contratto è fissata a 18 mesi senza opzione di rinnovo.

Risposta

Si conferma. Si rimanda inoltre al par 3.3 del Disciplinare di Gara.

38) Domanda

Si chiede conferma che l'eventuale proroga potrà essere richiesta solo per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo contraente.

Risposta

Si conferma e si rimanda inoltre al par 3.3 del Disciplinare di Gara.

39) Domanda

Si chiede di indicare se sarà necessario emettere due contratti.

Risposta

Si conferma.

40) Domanda

Capitolato - Area extra ospedaliera: il punto 16. E era previsto anche nei bandi precedenti? Se sì, da quando? Ci sono richieste precedenti relative a tali prestazioni?

Risposta

Le garanzie di cui agli art. 16/E e 16/F sono state introdotte in questa edizione dell'iniziativa e non erano presenti nelle precedenti.

Dott. Guido Gastaldon

(Responsabile Divisione Sourcing Sanità, Beni e Servizi)