



Consiglio Nazionale delle Ricerche
Direzione Centrale Supporto alla Rete Scientifica e
Infrastrutture

Ufficio Servizi Generali
IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

COMUNICATO

Oggetto: Chiarimenti su gara per l'affidamento della polizza sanitaria a favore del personale dipendente del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Su istanza pervenuta da parte di alcuni aspiranti partecipanti alla gara di cui sopra, sono stati forniti i seguenti chiarimenti:

d)= domanda

c)=chiarimento

-domanda

A pag. 8, art 1.8 Indennità sostitutiva, si legge "L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 60 giorni per ogni ricovero."

Chiediamo conferma che in caso di day hospital tale indennità non debba essere riconosciuta **risposta** affermativa nel senso che in caso di day hospital l'indennità non è dovuta.

-domanda

A pag. 10, art. 3 - VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI E ACCERTAMENTI

DIAGNOSTICI, si legge "Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con l'applicazione di una franchigia di 50,00 euro per visita specialistica.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 80,00 per ogni visita specialistica."

Chiediamo conferma che la franchigia di 50,00 euro (nel caso di utilizzo di strutture convenzionate) e lo scoperto del 20% e minimo non indennizzabile di 80 euro (nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate) debbano essere applicati anche per ogni accertamento diagnostico

risposta affermativa sia per lo "scoperto" che per la "franchigia", salvo per gli accertamenti diagnostici previsti al punto 2 del Capitolo Tecnico (2 - *ESAMI DIAGNOSTICI*).

-domanda

A pag.14, art 8 - CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI

ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA, si legge "Se nel corso della prima annualità di polizza vengono eseguite prestazioni il cui costo eccede il limite annuo di spesa sopra indicato, la Società autorizzerà le spese nei limiti del massimale previsto per l'intera durata della polizza. In questo caso, nell'annualità successiva i massimali previsti saranno decurtati di un valore pari a quello già consumato."

Poiché, come indicato all'art. 2) DURATA DELL'APPALTO del disciplinare di gara, il servizio oggetto del presente appalto avrà durata di 3 anni, chiediamo conferma all'Ente che il massimale previsto per l'intera durata della polizza, per il quale l'assicurato può richiederne l'anticipo nel corso

della prima annualità, sia pari a tre volte il massimale indicato in sede di offerta (come indicato nel disciplinare di gara a pag. 27, punto 13 dell'offerta tecnica)

risposta il massimale indicato per ciascuna annualità, ovvero quello risultante dall'offerta, deve essere moltiplicato per il periodo di durata del contratto

-domanda

A pag. 18, punto 2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE, non compare l'esclusione relativa alle protesi dentarie, alla cura delle parodontopatie, alle cure dentarie e agli accertamenti odontoiatrici. Poiché tali prestazioni vengono effettuate anche in regime ambulatoriale e possono comportare l'effettuazione di interventi chirurgici, sembrerebbero da ricomprendere nell'ambito dell'art. 1 - RICOVERO, nonostante sia presente la garanzia dedicata, art.8 - CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA.

Si ritiene opportuno inserire nell'ambito del punto 2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE la seguente esclusione: "le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici" e di integrare l'art. 8 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA nel seguente modo: "In deroga a quanto previsto al punto 2 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE, la Società provvede all'pagamento .. ,". Chiediamo conferma all'Ente della suddetta specifica

risposta

la richiesta comporterebbe una sostanziale modifica al contenuto del Capitolato Tecnico che, in questa fase non è consentita. Vale pertanto quanto indicato nel Capitolato suddetto.

domanda

A pag. 19, punto 4 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE, si legge "Il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro 20 giorni dal ricevimento della documentazione completa."

Poiché il tempo di rimborso è un parametro da definire in sede di *offerta* e nel disciplinare di gara a pag. 26, punto 7 *dell'offerta* tecnica, viene data la possibilità di prevedere il rimborso entro 60 giorni con l'attribuzione di un punteggio pari a 2 punti, riteniamo opportuno modificare la frase riportata al punto 4, nel seguente modo: "Il pagamento viene *effettuato* a cura ultimata entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione completa".

Chiediamo conferma all'Ente della suddetta specifica

risposta

per motivi di omogeneità tra i due documenti citati, il rimborso si intende da effettuarsi entro 60 giorni dalla data di presentazione della documentazione. In fase di stipula del contratto definitivo, sulla base dell'offerta presentata dal concorrente e del punteggio a quest'ultimo attribuito in merito ai tempi di rimborso, verrà conseguentemente apportata la correzione richiesta

domanda

A pag. 7, all'art. 7 del **DISCIPLINARE DI GARA- REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ALLA GARA**, al punto 16) si legge " di avere sul territorio nazionale una rete convenzionata di strutture sanitarie atte a garantire la prestazione dei servizi oggetto della copertura di cui al Capitolato Tecnico, pari ad almeno mille (1.000) strutture, ...). Si chiede conferma che, con riferimento a tale requisito, la rete convenzionata di strutture sanitarie comprenda case di cura, ospedali, day hospital, poliambulatori, laboratori, centri diagnostici, centri di fisioterapia e studi medici specialistici

risposta

la rete convenzionata comprende le tipologie di strutture del tipo sopra elencato.

domanda

A pag. 2, del **MODELLO DI OFFERTA ECONOMICA** si legge " ... per l'appalto in oggetto, l'importo di euro (in cifre ed in lettere) corrispondente al premio massimo unitario annuo lordo (ossia per singolo **dirigente**) ... ". Poiché la gara è stata indetta per l'affidamento del servizio di assistenza sanitaria in favore del personale dipendente del Consiglio Nazionale delle Ricerche, chiediamo se il riferimento ai dirigenti sia un refuso e si debba intendere " ... (ossia per singolo **dipendente**) ... ".

risposta

trattasi di mero errore nella compilazione del documento. Deve intendersi...(ossia per singolo dipendente)

domanda

Si chiede di fornire una stima della popolazione che verrà assicurata

risposta

la stima del numero dei dipendenti è indicata nell'art. 12 del disciplinare di gara (n. 8.321)

domanda

Si chiede di fornire una stima relativa anche per i familiari possibilmente con il seguente dettaglio:

- a. Numero di coniugi e di conviventi
- b. Numero dei figli del personale dipendente relativi ai nuclei inferiori a 3 figli
- c. Numero dei figli del personale dipendente relativi ai nuclei con almeno 3 figli
- d. Numero dei genitori
- e. Numero dei quiescenti

risposta

La stazione appaltante non è in grado di poter reperire velocemente il dato richiesto, che comunque, non rientra nell'oggetto specifico della gara.

domanda

All'articolo 8 del Capitolato Tecnico, dedicato alle cure dentarie si prevede:

Se nel corso della prima annualità di polizza vengono eseguite prestazioni il cui costo eccede il limite annuo di spesa sopra indicato, la Società autorizzerà le spese nei limiti del massimale previsto per l'intera durata della polizza. In questo caso, nell'annualità successiva i massimali previsti saranno decurtati di un valore pari a quello già consumato.

I massimali non utilizzati nel corso della prima annualità di polizza, e ad essa relativi, non potranno comunque essere utilizzati nell'annualità successiva.

Se l'assicurato dopo aver usufruito del massimale per l'intera durata del contratto (3+2 anni) decide di non assicurarsi più (o comunque CNR decida di recedere dal contratto), come viene gestito l'anticipo del massimale già pagato dalla Compagnia?

risposta

L'anticipo del massimale da parte della compagnia non potrà comunque essere calcolato oltre la durata complessiva del contratto inizialmente prevista in anni tre salvo riserva degli ulteriori due anni.

domanda

Nella sezione D del Capitolato Tecnico è indicata la clausola

sinistri pagati e riservati relativi alle due annualità > 75%
premi netti di competenza relativi alle due annualità

Nel caso di rapporto superiore, la Compagnia può proporre delle modifiche alle garanzie per raggiungere il valore del 75%.

La statistica deve essere presentata a CNR non oltre 4 mesi dalla scadenza della seconda annualità. Posto che è previsto che "CNR può recedere dal contratto di assicurazione alla scadenza della seconda annualità, senza

obbligo di motivazione e con un preavviso di solo 2 mesi dalla scadenza della seconda annualità", in ipotesi di recesso da parte di CNR entro quale termine termine dovrà presentare la statistica?

risposta

In presenza di un valore superiore al 75%, la Società ha la facoltà di proporre, non oltre due mesi prima dalla scadenza della seconda annualità di polizza., e con effetto per la terza annualità, le modifiche alle garanzie del contratto tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 75%. In caso di recesso da parte dell'Ente la proposta non avrà futuri effetti.

domanda

Si chiede se vi siano delle provvigioni da riconoscere. In caso affermativa, si chiede di conoscerne l'entità

risposta

Eventuali rapporti provvigionali non riguardano la Stazione appaltante che contrattualmente richiede rapporto diretto con il fornitore del servizio.

Il RUP

Fabio Bocci

