

Bologna, 14 febbraio 2019

Spett.le
CNEL
Viale David Lubin, 2
00196 Roma

Tramite PEC protocollo@postacert.cnel.it

Alla c.a. del RUP Dott.ssa Belli

Oggetto: Procedura negoziata sotto soglia – ai sensi dell’art. 36, co. 2 – lett. b), d. lgs. 18 aprile 2016, n. 50 – per l’affidamento del Servizio assicurativo/Polizza di tutela sanitaria integrativa in favore dei dipendenti del Segretariato Generale del Consiglio Nazionale dell’economia e del lavoro – CNEL”. CIG: 7773049AF2. Richiesta di chiarimenti.

Gentile RUP,
in relazione alla gara in oggetto, al fine di poter presentare la nostra migliore offerta, chiediamo di voler cortesemente fornire i seguenti chiarimenti:

AVVISO DI INDAGINE DI MERCATO

- 1) A pag. 3, art. 8 “Servizio di consulenza e brokeraggio assicurativo”, si legge: “Il Broker espletterà la sua opera anche nella gestione amministrativa delle polizze (...), nonché nell’assistenza sull’iter di liquidazione dei sinistri”. Si chiede conferma all’Ente che sarà la stessa Società aggiudicataria ad occuparsi direttamente della gestione e della liquidazione di tutti i sinistri, mentre il Broker supporterà l’Ente e gli Assicurati nel caso di eventuali problematiche che dovessero insorgere nell’iter di gestione dei sinistri.

DISCIPLINARE DI GARA

- 2) A pag. 2, art. 1 “Prestazioni oggetto del servizio, modalità di esecuzione e importo a base di gara”, al punto 1.2 si legge: “L’importo complessivo stimato dell’appalto è pari a € 130.000 (...), imposte incluse, per il totale della durata. Si prevede quindi un importo a base d’asta lorde, riferito ad un anno, di € 65.000.”
Al contrario a pag. 2 del documento “Avviso di indagine di mercato”, art. 2 “Elementi essenziali del contratto”, si legge: “(...) l’importo complessivo posto a base di gara è pari ad euro 130.000 IVA esclusa”.

UniSalute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pecunipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale sociale i.v. Euro 77.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 03843680376 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 319365
Società soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all’Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all’Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unisalute.it

Allo stesso modo anche a pag. 2 del documento "Lettera d'invito" si legge: "Il valore complessivo stimato è pari a: € 130.000 imposte escluse".

Si chiede all'Ente se gli importi indicati (complessivo di 130.000€ e annuale di 65.000€) siano da intendersi con imposte incluse o escluse.

3) Inoltre si chiede conferma che gli stessi importi a base d'asta riportati a pag. 2 al punto 1.2 dell'art. 1 "Prestazioni oggetto del servizio, modalità di esecuzione e importo a base di gara", siano relativi esclusivamente alle garanzie che costituiscono la Copertura Base per i soli dipendenti e i relativi nuclei familiari fiscalmente a carico. Chiediamo conferma che il coniuge o convivente "more uxorio" e il figlio non fiscalmente a carico verranno inseriti in copertura solo previo pagamento del premio da parte del dipendente, e che pertanto tale premio non sarà valutato in sede di aggiudicazione.

4) Nell'allegato "Criteri di valutazione per offerta tecnica – economica", lettera A) "Premio annuo lordo offerto per le figure indicate nel capitolato tecnico con riferimento alla sezione A – Base a carico dell'Ente", viene definita la seguente formula per il punteggio dell'offerta economica:

$$PE = 30 * Q/Q_{min}$$

Dove:

PE = Punteggio attribuito al concorrente;

Q_{min} = quotazione più bassa;

Q = quotazione offerta.

L'applicazione di questa formula comporta l'attribuzione del punteggio più alto all'offerta meno favorevole all'Ente. Ad esempio, se il concorrente A offriva 900 € e il concorrente B 1.000 €, i punteggi sarebbero rispettivamente 30 e 33,333.

Si chiede conferma all'Ente che la formula debba essere modificata come segue:

$$PE = 30 * Q_{min}/Q$$

Dove:

PE = Punteggio attribuito al concorrente;

Q_{min} = quotazione più bassa;

Q = quotazione offerta.

5) Nell'allegato "Criteri di valutazione per offerta tecnica – economica", per le "Varianti Migliorative" si chiede all'Ente di chiarire se i coefficienti attribuibili siano numeri con un solo decimale dopo la virgola oppure con più decimali.

- Nel caso i coefficienti abbiano più di un decimale dopo la virgola, ci sono punteggi che non rientrano in nessuno degli intervalli indicati. Ad esempio un coefficiente di +0,75 non rientra né nella "Variante Ottima", né nella "Variante Buona", essendo $0,7 < 0,75 < 0,8$. In questo caso quindi si chiede all'Ente di riparametrare gli intervalli per i coefficienti, in modo che non resti escluso alcun valore. Un esempio potrebbe essere il seguente:

- o Variante Ottima per coefficienti maggiori o uguali di 0,8 e minori o uguali a 1;
- o Variante Buona per coefficienti maggiori o uguali a 0,5 e minori di 0,8;
- o Variante Discreta per coefficienti maggiori o uguali a 0,2 e minori di 0,5;
- o Variante Ininfluente per coefficienti maggiori o uguali a 0 e minori di 0,2.

Si chiede inoltre conferma che l'indicazione ">0,1" per la "Variante Ininfluente" rappresenti un refuso, in quanto essa dovrebbe essere determinata da coefficienti inferiori rispetto a quelli per le altre varianti, quindi al più da valori "<0,1".

- Nel caso invece i coefficienti abbiano un solo decimale dopo la virgola (ad esempio 0,9 o 0,3 o 0,5 e via dicendo), si chiede conferma all'Ente che la "Variante Ininfluente" sia determinata dai coefficienti 0 e 0,1.

- 6) Nell'allegato "Criteri di valutazione per offerta tecnica – economica", per le "Varianti Peggiorative" si richiedono gli stessi chiarimenti per le "Varianti Migliorative", già esposti nel quesito precedente (in questo caso però la "Variante Gravissima" sarà determinata al più da valori ">-0,1" e non da valori "<-0,1", come indicato in tabella).

Inoltre, trattandosi in questo caso di coefficienti negativi, si fa presente all'Ente che la scala di intervalli risulta essere invertita: ad una "Variante Ininfluente" può essere assegnato un punteggio di -0,8, che risulta essere più penalizzante rispetto al punteggio per una "Variante Significativa" (ad esempio pari a -0,3). Si chiede quindi all'Ente quale sia la corretta scala di intervalli che determinano le "Varianti Peggiorative".

- 7) Si chiede conferma all'Ente che la Commissione determinerà per ogni concorrente un coefficiente per ognuna delle due sezioni scritte a pag. 1 dell'allegato "Criteri di valutazione per offerta tecnica – economica", ossia un coefficiente per la "Sezione A del Capitolato base (a carico dell'Ente)" e un coefficiente per la sezione "Struttura, network, tempistiche di rimborso, servizi accessori, report reclami".

In questo caso, si chiede conferma all'Ente che il coefficiente relativo alla "Sezione A del Capitolato base (a carico dell'Ente)", inteso come un coefficiente con valori compresi tra -1 e 1, sia da moltiplicare per i 30 punti relativi alle variazioni. Quindi il punteggio per questa sezione sarà calcolato sommando i 30 punti per l'accettazione del Capitolato senza alcuna

variazione, con i punti dati dal prodotto del coefficiente assegnato per i 30 punti relativi alle variazioni.

Per quanto riguarda il coefficiente relativo alla "Struttura, network, tempistiche di rimborso, servizi accessori, report reclami", si chiede conferma all'Ente che questo sia da intendersi come un coefficiente con valori compresi tra 0 e 1, e il punteggio relativo a tale sezione sia calcolato moltiplicando tale coefficiente per i 10 punti previsti.

Ad esempio, se ad un concorrente viene assegnato un coefficiente di 0,5 per la "Sezione A del Capitolato base (a carico dell'Ente)", il punteggio per la stessa sarà dato da $30 + 30 \cdot 0,5 = 45$. Se poi viene assegnato un coefficiente di 0,4 per la sezione "Struttura, network, tempistiche di rimborso, servizi accessori, report reclami", il punteggio di quest'ultima sarà dato da $10 \cdot 0,4 = 4$. Quindi il punteggio totale per la parte tecnica sarà $45 + 4 = 49$.

MODULO OT – OFFERTA TECNICA

8) Come indicato nell'allegato "Criteri di valutazione per offerta tecnica – economica", risultano oggetto di valutazione tecnica:

- le variazioni alle condizioni del capitolato della "Sezione A del Capitolato base (a carico dell'Ente)";
- i servizi di "struttura, network, tempistiche di rimborso, servizi accessori, report reclami".

Non essendo previsto alcuno spazio per riportare tali informazioni nel "Modulo OT – Scheda Tecnica", si chiede conferma all'Ente che i concorrenti debbano presentare tali informazioni compilando una relazione per ognuna delle due sezioni in oggetto e che tale relazione debba inserirsi assieme al "Modulo OT – Scheda Tecnica" nella busta B.

MODULO OE – OFFERTA ECONOMICA

9) A pag. 1, per la "Garanzia base del Capitolato (Sezione A)", si legge: "Garanzie facoltative ad adesione personale del singolo Assicurato per coniuge o convivente "more uxorio" o figlio non fiscalmente a carico (premio pari al 40% del premio a) (...)".

Si chiede conferma all'Ente che per "premio a)" si intenda quello per singolo dipendente e nucleo fiscalmente a carico, come indicato a pag. 6 del Capitolato tecnico.

10) Si chiede conferma all'Ente che, ugualmente a quanto previsto per i premi della Garanzia base del Capitolato (Sezione A), anche il premio da indicare per la Garanzia estensiva del Capitolato (Sezione B) debba essere il premio annuo lordo.

CAPITOLATO TECNICO

- 11) Per non incorrere in contenziosi, si propone l'integrazione della definizione di Intervento chirurgico riportata a pagina 3 nel seguente modo:
"Intervento chirurgico: Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di farmaci."
- 12) A pag. 6, alla sezione "Premi sezione A", si legge: "a) dipendente e nucleo fiscalmente a carico come indicato nelle definizioni, premio annuo lordo pro capite (...)".
Si chiede conferma all'Ente che il termine "pro capite" in questo caso rappresenti un refuso, in quanto il premio in oggetto è quello per dipendente e nucleo fiscalmente a carico, quindi si tratta di un premio "per nucleo".
- 13) A pag. 6, alla sezione "Premi sezione B", si legge: "I premi annui per il complesso delle prestazioni indicate, nella sezione B, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi: dipendente, coniuge o figlio risultante da stato di famiglia (anche non fiscalmente a carico) (...)".
Da ciò si deduce che ogni componente del nucleo fiscalmente a carico debba pagare il premio definito in questo punto. Stesso importo sarà corrisposto dagli eventuali coniugi o conviventi "more uxorio" o figli non fiscalmente a carico inclusi in copertura dal dipendente.
Si chiede conferma all'Ente dell'interpretazione sopra riportata o, nel caso contrario, di fornire la definizione aderente alle proprie esigenze.
- 14) A pag. 9, all'art. 2 "Condizioni di liquidazione area ricovero" della Sezione A), si legge:
"Nei casi di ricovero in cui l'Istituto di cura non convenzionato richieda il pagamento di un anticipo, La Società dovrà corrispondere - su domanda dell'Assicurato - l'importo richiesto a tale titolo nella misura del 50% della somma, salvo conguaglio a cure ultimate."
Si chiede cortese conferma che l'anticipo possa essere liquidato all'Assicurato a seguito dell'invio del certificato di avvenuto ricovero e della documentazione clinica completa che saranno emessi dall'istituto di cura stesso.
- 15) Per quanto concerne l'articolo 9 "Cure dentarie solo da infortunio" della "Sezione A) – Piano Sanitario" a pag. 12, si chiede cortesemente di confermare che per fruire delle Cure Dentarie da Infortunio, l'assicurato debba inoltrare alla Società le radiografie effettuate e i relativi

referti radiologici, eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali, oltre al certificato di pronto soccorso.

16) A pag. 14, al punto 14 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici", per le condizioni di liquidazione si legge:

- "Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società prevista nella sezione A"
- "Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto (...).

Si chiede conferma all'Ente che le strutture per cui è prevista l'applicazione dello scoperto siano le strutture sanitarie non convenzionate.

17) A pag. 16, nella sezione "Inclusioni/esclusioni", al punto 2) "Coniuge e figli fiscalmente non a carico e convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia", si chiede conferma che la data da concordare tra le Parti sia "gg/mm/2019" e non "gg/mm/2017".

18) A pag. 18, nella sezione "Limitazioni – Limiti di età", si legge: "L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento (...)". Si chiede conferma all'Ente che il riferimento al rinnovo sia un refuso, in quanto non previsto.

Ai fini del riscontro, si indicano i seguenti recapiti: normativo@pec.unisalute.it; gare@unisalute.it .

Cordiali saluti

UNISALUTE S.p.A.
Normativo e Gare