

GARA 10/2018 - Procedura aperta per l'affidamento del servizio triennale di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti della società Friuli Venezia Giulia Strade S.p.A. - CIG 7604646068

QUESITI E RISPOSTE

Quesito n. 1

Disciplinare di gara - A pag. 20 art. 15 "Contenuto della busta "B – offerta tecnica", al punto 12 si legge: "Sezione C) Altre spese mediche – Punto C2) – incremento del massimale per Spese per Lenti". Si chiede conferma all'Ente che il "Punto C2)" sia un refuso, in quanto la garanzia "Spese per Lenti" si trova al "Punto C1)", come riportato anche a pag. 22 nel punto 12 della tabella "Elementi offerta tecnica" dell'art. 17.1 e a pag. 25 al punto "Elemento sub. 12)".

Risposta al quesito n. 1

Si conferma, trattasi di refuso. La versione corretta è la seguente: "**ELEMENTO SUB. 12) - "Sezione C) Altre spese mediche – Punto C1) – incremento del massimale per Spese per Lenti" [MAX 8 PUNTI]**". Il punteggio sarà assegnato in funzione dell'incremento del massimale previsto al punto "C1" (...)"

Si invita a prendere visione dell'avviso di rettifica pubblicato sul profilo aziendale.

Quesito n. 2

A pag. 25 art. 17.1 "Criteri di valutazione dell'offerta tecnica. Modalità di attribuzione dei punteggi dell'offerta tecnica", nei "Criteri motivazionali per la valutazione dell'offerta tecnica", per l'**Elemento sub. 12)** si legge:

- Nessun incremento del massimale rispetto alla previsione capitolare (€ 100,00) = Punti 0
- Incremento del massimale inferiore al 25% rispetto al massimale previsto nel capitolato = Punti 2
- Incremento del massimale pari o superiore al 50% rispetto al massimale previsto nel capitolato = Punti 4
- Incremento del massimale pari o superiore al 75% rispetto al massimale previsto nel capitolato = Punti 6
- Incremento del massimale pari o superiore al 100% rispetto al massimale previsto nel capitolato = Punti 8

Poiché non viene considerato il caso in cui l'incremento del massimale sia compreso tra 25% e 49,99%, si chiede all'Ente di esplicitare quale punteggio venga attribuito nel caso si volesse offrire un incremento di massimale compreso in questo range.

Risposta al quesito n. 2

Trattasi di errore materiale. La tabella riepilogativa dei "Criteri motivazionali per la valutazione dell'offerta tecnica", per l'**Elemento sub. 12)** è la seguente:

CRITERIO MOTIVAZIONALE ELEMENTO SUB. 12	PUNTEGGIO
Nessun incremento del massimale rispetto alla previsione capitolare (€ 100,00)	0
Incremento del massimale inferiore al 25% rispetto al massimale previsto nel capitolato	1
Incremento del massimale pari o superiore al 25% rispetto al massimale previsto nel capitolato	2
Incremento del massimale pari o superiore al 50% rispetto al massimale previsto nel capitolato	4
Incremento del massimale pari o superiore al 75% rispetto al massimale previsto nel capitolato	6
Incremento del massimale pari o superiore al 100% rispetto al massimale previsto nel capitolato	8

Si invita a prendere visione dell'avviso di rettifica pubblicato sul profilo aziendale.

Quesito n. 3

Piano di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti di Friuli Venezia Giulia Strade S.p.A. -A pag. 11, al punto A4) "Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico", si legge: "fino ad un limite annuo e per nucleo di € 250.000,00 (...)" Si chiede conferma all'Ente che tale massimale sia lo stesso del punto A1) "Ricovero o Day Hospital con intervento chirurgico, intervento ambulatoriale effettuato in istituto di cura o in ambulatorio", e che quindi l'importo di 250.000 € sia da considerarsi come il massimale unico comprensivo dell'intera area ricovero, cioè sia di quanto previsto al punto A4) "Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico", sia di quanto previsto al punto A1) "Ricovero o Day Hospital con intervento chirurgico, intervento

ambulatoriale effettuato in istituto di cura o in ambulatorio”.

Risposta al quesito n. 3

Si conferma quanto previsto nel Piano, cioè la previsione di due massimali per le due diverse ipotesi “A1) Ricovero o Day Hospital con intervento chirurgico, intervento ambulatoriale effettuato in istituto di cura o in ambulatorio” e “A4) “Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico”.

Quesito n. 4

A pag. 13, tra le prestazioni previste al punto B1) “Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione”, viene riportata la “Laserterapia” senza la specifica del campo di applicazione della stessa. Trattandosi di polizza che intende coprire gli eventi conseguenti a malattia o infortunio, si chiede all’Ente di confermare se sia giusto considerare in copertura la sola “Laserterapia a scopo fisioterapico”.

Risposta al quesito n. 4

Si conferma quanto previsto nel Piano. La laserterapia deve essere ricompresa in polizza per eventi conseguenti a malattia o infortunio certificati da prescrizione medica.

Quesito n. 5

A pag. 14, al punto B2) “Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali”, il punto 3 prevede il rimborso “per trattamenti fisioterapici e riabilitativi (incluse spese per il noleggio di apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici a domicilio)”.

Si chiede conferma all’Ente che il sopracitato punto 3 sia un refuso, in quanto a pag. 15 al punto B5) “Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio o malattia”, è già prevista la medesima garanzia.

Risposta al quesito n. 5

Si conferma quanto previsto dal Piano. Trattasi di ipotesi diverse con diverso massimale e scoperto.

Quesito n. 6

A pag. 15, al punto B5) “Trattamenti fisioterapici riabilitativi da infortunio o malattia”, nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate si legge “scoperto massimo del 20% con un minimo non indennizzabile di € 75 (..)”. Si chiede conferma all’Ente che il termine “massimo” sia un refuso e che si volesse scrivere “scoperto 20% con un minimo non indennizzabile di € 75 (..)”.

Questo vale anche per il punto B6) “Cure oncologiche” a pag. 16.

Risposta al quesito n. 6

Si conferma quanto indicato dal Piano, lo scoperto previsto è pari al 20% con un minimo non indennizzabile di € 75,00.

Quanto chiarito sopra vale anche per il punto B6).

Quesito n. 7

A pag. 16, al punto B7) “Visite omeopatiche”, si legge: “Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione di uno scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni visita effettuata”. Si chiede quindi conferma all’Ente che nel caso di utilizzo di strutture convenzionate la garanzia operi in forma rimborsuale. Qualora ciò non fosse vero, si chiede all’Ente di confermare che le prestazioni vengano comunque assoggettate a scoperto 20% con minimo non indennizzabile di € 55,00 per ogni visita effettuata.

Risposta al quesito n. 7

Si conferma quanto indicato dal Piano.

Quesito n. 8

A pag. 17, al punto C3) "Rimborso ticket SSN", si chiede conferma all'Ente che il massimale previsto pari a € 1.500 sia da intendersi per anno e per nucleo.

Risposta al quesito n. 8

Si conferma che il massimale previsto è da intendersi per anno e per nucleo.

Quesito n. 9

A pag. 19, alla sezione H) "Pacchetto maternità", si legge: "La Cassa dovrà rimborsare le spese (...) con un minimo pari a € 1.000". Si chiede conferma all'Ente che tale importo sia da considerarsi come il massimale per anno e per nucleo della garanzia pacchetto maternità, e che quindi si intendesse scrivere: "La Cassa dovrà rimborsare le spese (...) con un massimale pari a € 1.000 per anno e per nucleo".

Risposta al quesito n. 9

Si conferma che il massimale previsto è da intendersi per anno e per nucleo.

Quesito n. 10

A pag. 19, alla sezione H) "Pacchetto maternità", si legge: "Il rimborso avverrà solo in caso di utilizzo di strutture sanitarie e personale sanitario convenzionato con la Cassa. Le spese per le prestazioni erogate all'assicurato/assistito vengono liquidate direttamente dalla Cassa alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Nel caso di strutture non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate (...)". Si chiede conferma all'Ente che nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate il pagamento debba avvenire in forma diretta da parte della Cassa, mentre in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate il pagamento avvenga in forma rimborsuale.

Risposta al quesito n. 10

Si conferma quanto indicato dal Piano.

Quesito n. 11

Con riferimento a quanto disciplinato a pag. 20 "Articolo 5. SINISTRI" e relativi sub-articoli, si chiede all'Ente di confermare che, in caso di infortunio, le prestazioni saranno fruibili da parte dell'Assicurato previo l'inoltro del Certificato di Pronto Soccorso attestante l'infortunio/il trauma occorso.

Risposta al quesito n. 11

Si conferma che in caso di infortunio le prestazioni saranno fruibili da parte dell'assicurato previo inoltro di certificato medico attestante l'infortunio/il trauma occorso.

Quesito n. 12

Statistiche Sinistri - Si richiede all'Ente la data di aggiornamento delle statistiche sinistri relative ai periodi 01/07/2014 – 30/06/2015, 01/07/2015 – 30/06/2016, 01/07/2016 – 30/06/2017, 01/07/2017 – 31/12/2017, 01/01/2018 – 31/07/2018.

Risposta al quesito n. 12

Le statistiche sinistri sono aggiornate alla data del 31.07.2018.

Quesito n. 13

Offerta tecnica - Attraverso il seguente esempio chiediamo conferma della corretta compilazione del punto **SUB.1**: nel caso una Compagnia volesse offrire un massimale pari a **280.000** euro (che corrisponde quindi ad un incremento del **12%** rispetto alla base d'asta di 250.000 euro) è corretta la compilazione nel seguente modo?

Descrizione	Massimale capitolato	Offerta
Sezione A) Area Ricovero – Punto A1) – Ricovero con intervento chirurgico, intervento ambulatoriale, effettuato in istituto di cura o in ambulatorio – incremento di massimale	(€ 250.000,00)	€ 280.000,00

Lo stesso vale per la compilazione dei punti sub. 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12 e 13.

Si chiede inoltre conferma all'Ente che:

- per gli elementi sub. 4 e sub. 6 si debbano inserire gli importi in euro delle franchigie;
- per l'elemento sub. 8 si debba inserire il valore dello scoperto offerto;

Risposta al quesito n. 13

È corretta la proposta per la compilazione del punto **SUB.1**. nell'ambito del quale dovrà essere inserito il valore in euro del massimale offerto.

È corretta la proposta per la compilazione dei punti **SUB. 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12 e 13** nell'ambito dei quali dovranno essere inseriti i valori in euro dei massimali offerti.

Per gli elementi **SUB. 4 e SUB. 6** dovranno essere offerti gli importi in euro delle franchigie.

Per l'elemento **SUB. 8** dovrà essere offerta la percentuale (%) di scoperto.

Quesito n. 14

DISCIPLINARE - Art. 7.1 REQUISITI DI IDONEITA' PROFESSIONALE (articolo 83, comma 1, lett. a) e comma 3, del D.lgs. n. 50/2016 s.m.i.)

Si chiede conferma che il requisito di idoneità professionale, concernente la qualifica di "Fondo Sanitario" (Ente, Cassa o Società di mutuo soccorso), di cui all'art. 7.1 lett a) del Disciplinare, possa essere comprovato con la produzione dell'attestazione di iscrizione all'Anagrafe dei Fondi per l'anno 2017, qualora, al momento della scadenza del termine per la comprova del suddetto requisito, il Fondo abbia perfezionato la procedura di rinnovo per l'anno 2018 ma l'Anagrafe Fondi non abbia ancora provveduto a trasmettere l'attestazione di iscrizione/rinnovo all'Anagrafe Fondi per l'anno 2018.

Risposta al quesito n. 14

Si conferma.

Quesito n. 15

Art.17.1 – CRITERI DI VALUTAZIONE dell'OFFERTA TECNICA. MODALITA' di ATTRIBUZIONE DEI PUNTEGGI DELL'OFFERTA TECNICA

Si chiede conferma che a pag. 25 "ELEMENTO SUB.15) – "Portale Web e Help Desk" [MAX 8 PUNTI]", l'indicazione "**MAX 8 PUNTI**" sia un refuso.

Risposta al quesito n. 15

Si conferma quanto indicato nel Disciplinare a pag. 25 "ELEMENTO SUB.15) – "Portale Web e Help Desk" [MAX 8 PUNTI]", l'indicazione "**MAX 8 PUNTI**", come peraltro riportato a pag. 22 nella tabella riepilogativa contenente la ripartizione dei punteggi attribuibili all'offerta tecnica in base agli elementi di valutazione elencati.

Quesito n. 16

PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA - Definizioni - Si conferma che la specifica "*Inoltre, s'intendono incluse le malattie che siano in corso al momento dell'iscrizione al programma sanitario o che sono espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di iscrizione*" nell'ambito della definizione di "**MALATTIA**" non si intende valida per i componenti del Nucleo Familiare a cui la copertura viene estesa con versamento autonomo a carico del dipendente?

Risposta al quesito n. 16

No, i componenti del Nucleo Familiare, a cui la copertura viene estesa con versamento autonomo a carico del dipendente, sono garantiti dalla medesima copertura del dipendente.

Quesito n. 17

- i. Si conferma che, secondo la definizione di "**Infortunio**", si intendono esclusi tutti gli infortuni e ciò che sia conseguenza diretta degli infortuni stessi occorsi antecedentemente alla data di attivazione del piano sanitario?
- ii. Eventualmente, la suddetta condizione si intende valida sia per il dipendente che per i componenti del nucleo?

Risposta al quesito n. 17

- i. Si conferma quanto indicato nel Piano.
- ii. Si conferma quanto indicato nel Piano.

Quesito n. 18

CAPITOLATO TECNICO - Art. 1.1 Durata

Si conferma che, nel periodo sotto riportato, l'indicazione di "massimali annui" sia un refuso?

"... Per il periodo di rinnovo la Cassa, riconoscerà i massimali annui di ogni singola garanzia prevista dal presente contratto, corrispondendo il premio pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura che verrà corrisposto entro 60 giorni dalla data di decorrenza del periodo di rinnovo."

Risposta al quesito n. 18

No, si conferma quanto indicato nel Capitolato Tecnico.

Quesito n. 19

INFORMAZIONI DELL'ATTUALE COPERTURA ASSISTENZIALE - Si chiede di ricevere il testo dell'attuale polizza in corso o in alternativa si chiede di ricevere le eventuali differenze con le condizioni di polizza fornite per il bando.

Risposta al quesito n. 19

Le condizioni di polizza in gara si presentano sostanzialmente analoghe rispetto a quelle degli ultimi tre anni con differenze minime che non determinano modifiche del rischio significative e come tali influenti per la formulazione delle offerte di gara.

Quesito n. 20

Atteso che la Vs. spettabile Stazione Appaltante ha pubblicato sul sito la modulistica in formato pdf editabile, si chiede conferma del fatto che sia possibile, nel caso in cui alcuni spazi messi a disposizione per la compilazione non siano sufficienti, inserire delle appendici ai moduli per le parti in cui si necessita di maggiori spazi.

Risposta al quesito n. 20

Si conferma la possibilità, per la sola produzione della documentazione da inserire nella Busta "A – Documentazione Amministrativa", di utilizzare delle appendici in caso di necessità di maggiori spazi compilativi.

Quesito n. 21

Si chiede conferma del fatto che la documentazione a comprova del possesso dei requisiti dichiarati NON debba essere fornita già in sede di invio dell'offerta ma solo nel momento in cui la Vs. spettabile Stazione Appaltante ne dovesse fare richiesta.

Risposta al quesito n. 21

Si conferma la documentazione a comprova del possesso dei requisiti dichiarati dovrà essere fornita solo su eventuale richiesta della Stazione Appaltante.

Quesito n. 22

- i. In caso di ricorso all'istituto del subappalto, si chiede su che basi e secondo quali criteri verrà poi scelto il subappaltatore tra i tre eventualmente indicati dal concorrente aggiudicatario. Sarà una scelta della Stazione Appaltante oppure una scelta dell'operatore economico aggiudicatario?
- ii. Inoltre, in caso di ricorso all'istituto del subappalto, si chiede conferma che l'operatore economico possa indicare nella terna di possibili subappaltatori anche dei nominativi che potrebbero essere indicati nella terna di qualche altro concorrente.

Risposta al quesito n. 22

- i. Il subappaltatore, tra quelli indicati nella terna, sarà scelto dall'operatore economico risultato aggiudicatario.
- ii. Si conferma.

Quesito n. 23

- i. Con riferimento al requisito di capacità tecnica e professionale di cui al punto 7.3 lett. d) alla pag. 7 del disciplinare, si chiede di chiarire se per "medici specialistici" si intendano NON solo i singoli medici che hanno sottoscritto una singola convenzione ma anche i medici che lavorano presso case di cura e/o poliambulatori della rete convenzionata.
- ii. Si chiede, inoltre, conferma che NON sia richiesta ciascuna delle cinque tipologie di strutture indicate (strutture abilitate al ricovero, centri medici non abilitati al ricovero, medici specialistici e centri fisioterapici ed odontoiatrici) in ciascuna delle varie province della regione Friuli, non essendo fatta espressa indicazione/richiesta di ciò, ma che è necessario che le cinque tipologie di strutture sanitarie siano presenti nell'intera Regione Friuli.

Risposta al quesito n. 23

i. Si conferma.

ii. Si conferma quanto indicato nel Disciplinare "Il concorrente deve attestare, e successivamente dimostrare, di possedere, alla data di presentazione dell'istanza di partecipazione, una propria rete di strutture sanitarie convenzionate (incluse strutture pubbliche) presente sul territorio della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia presso le quali sia attivo il servizio di assistenza diretta per la copertura delle prestazioni richieste nel capitolato speciale d'appalto, in cui siano comprese sia strutture abilitate al ricovero notturno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico, ecc.) che centri medici non abilitati al ricovero notturno (poliambulatori, day hospital, centri diagnostici, laboratori di analisi, ecc.) nonché medici specialistici e centri fisioterapici e odontoiatrici, in numero non inferiore a: n. 20 strutture sul territorio della Provincia di Trieste, n. 20 strutture sul territorio della Provincia di Udine, n. 10 strutture sul territorio della Provincia di Gorizia, n. 10 strutture sul territorio della Provincia di Pordenone."

Quesito n. 24

Si chiede conferma del fatto che, in caso di partecipazione nella forma dell'RTI costituendo tra due casse ed una compagnia, ci possano essere due mandatari (le due casse) ed un mandante (la compagnia). In caso contrario, si prega di indicare.

Risposta al quesito n. 24

No, non è possibile la costituzione di un RTI con più di un mandatario.

Quesito n. 25

Si chiede se, nel caso di partecipazione nella forma dell'RTI costituendo tra due casse ed una compagnia, entrambe le casse partecipanti debbano possedere i requisiti di cui agli artt. 7.2 lett b) e 7.3 lett. c).

Risposta al quesito n. 25

Si conferma quanto indicato nel Disciplinare di gara. "Il requisito relativo alla "raccolta di contributi" di cui al punto Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **lett. b)** deve essere interamente soddisfatto dalla mandataria ("Fondo Sanitario")
Il requisito relativo alla "quantità di coperture analoghe a quelle del presente appalto" di cui al punto Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. **3 lett. c)** deve essere interamente soddisfatto dalla mandataria ("Fondo Sanitario").
Il requisito consistente nella "disponibilità di una rete di strutture sanitarie convenzionate" di cui al punto **7.3 lett. d)** deve essere soddisfatto dal raggruppamento temporaneo nel suo complesso".

Quesito n. 26

In caso di partecipazione nella forma dell'RTI costituendo si chiede conferma del fatto che possa esser prodotta una sola dichiarazione di cui all'art. 14.3.3 alla pag. 18 del disciplinare, sottoscritta da tutti i componenti dell'RTI costituendo ovvero se sia necessario che ogni componente dell'RTI ne produca una.

Risposta al quesito n. 26

Si conferma quanto indicato nel Disciplinare di gara: "Per i raggruppamenti temporanei o consorzi ordinari o GEIE non ancora costituiti, dichiarazione attestante:

- a. l'operatore economico al quale, in caso di aggiudicazione, sarà conferito mandato speciale con rappresentanza o funzioni di capogruppo;
- b. l'impegno, in caso di aggiudicazione, ad uniformarsi alla disciplina vigente con riguardo ai raggruppamenti temporanei o consorzi o GEIE ai sensi dell'articolo 48 comma 8 del Codice conferendo mandato collettivo speciale con rappresentanza all'impresa qualificata come mandataria che stipulerà il contratto in nome e per conto delle mandanti/consorziate;

c. *dichiarazione in cui si indica, ai sensi dell'articolo 48, co 4 del Codice, le parti del servizio che saranno eseguite dai singoli operatori economici riuniti o consorziati.*

Quesito n. 27

- i. Con riferimento all'elemento di valutazione sub 15 "portale web e help desk" di cui all'art. 15 "contenuto della busta B offerta tecnica" alla pag. 20 del disciplinare, si chiede conferma del fatto che nella relazione da produrre si debbano fornire indicazioni in merito ai servizi richiesti ai punti 5 e 6 della sezione F "servizi e consulenze" alle pagg. 18 e 19 del capitolato/piano di assistenza. In caso contrario, si prega di indicare.
- ii. Si chiede, inoltre, di chiarire cosa si intende per servizio di "help desk".

Risposta al quesito n. 27

- i. Si conferma.
- ii. L' "help desk" è il servizio destinato a fornire supporto all'assistito, risolvere problemi o fornire indicazioni relativamente alle informazioni, le prenotazioni sanitarie ed un contatto telefonico di primo soccorso. La descrizione richiesta è dettagliata nella Sezione F) Servizi e consulenze del Piano.

Quesito n. 28

- i. Con riferimento all'art. 1.2 "durata" di cui alla pag. 6 del capitolato/piano di assistenza e all'art. 4.2 "opzioni e rinnovi" alla pag. 4 del disciplinare, si chiede di indicare a quali condizioni possa essere concesso il rinnovo del contratto.
- ii. Il Fondo Sanitario/Cassa di assistenza/Società di Mutuo Soccorso aggiudicatario può eventualmente rifiutarsi di rinnovare la copertura?

Risposta al quesito n. 28

- i. La rinnovazione del contratto con il contraente originario è una mera facoltà della Stazione Appaltante; con la conseguenza che, se l'Amministrazione ritiene non conveniente rinegoziare la prosecuzione del rapporto oltre la scadenza, ben può procedere ad espletare una procedura di evidenza pubblica per la scelta del nuovo contraente.
- ii. L'Operatore Economico non può rifiutare il rinnovo del contratto richiesto dalla Stazione appaltante, ma ha la facoltà di recesso, ai sensi dell'articolo 12 dello schema di contratto (allegato n. 4) al Disciplinare di gara.

Quesito n. 29

Si chiede conferma che l'importo a base d'asta sia al netto delle imposte di legge (2,5%).

Risposta al quesito n. 29

Si conferma.

Quesito n. 30

Con riferimento a quanto previsto al comma 2 dell'art. 105 del DECRETO LEGISLATIVO 19 aprile 2017, n. 56, correttivo del D.LGS. 18.04.2016 N. 50 che si cita testualmente: "**Costituisce, comunque, subappalto qualsiasi contratto avente ad oggetto attività ovunque espletate che richiedono l'impiego di manodopera**, quali le forniture con posa in opera e i noli a caldo, **se singolarmente di importo superiore al 2 per cento dell'importo delle prestazioni affidate** o di importo superiore a 100.000 euro e qualora l'incidenza del costo della manodopera e del personale sia superiore al 50 per cento dell'importo del contratto da affidare.", si chiede di confermare che, se il costo annuo dei servizi di consulenza, di cui alla sezione F punti 3 e 4, pag. 18 del capitolato, che saranno eventualmente affidati ad un terzo soggetto **NON** supera il 2% del valore annuo dell'appalto, **NON** si configura l'istituto del subappalto e pertanto **NON** debba essere indicata alcuna terna di eventuali subappaltatori nella documentazione di gara. In tal caso, si chiede di confermare che, pertanto, l'operatore economico partecipante possa **NON** ricorrere al subappalto, ma semplicemente stipulare un contratto con un terzo che gestirà tali prestazioni/servizi e che tale

contratto **NON** debba essere inserito nella documentazione di gara.

Risposta al quesito n. 30

Si rinvia alla lettura dell'art. 105 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.

Quesito n. 31

Si chiede conferma del fatto che, nel caso di produzione di documentazione in lingua straniera, sia possibile presentare, in caso di documento straniero, una traduzione ovvero la copia conforme di una traduzione asseverata da traduttore iscritto all'albo dei CTU e non necessariamente una traduzione giurata in Tribunale.

Risposta al quesito n. 31

Si riporta quanto previsto dal disciplinare di gara: *" Tutta la documentazione da produrre deve essere in lingua italiana o, se redatta in lingua straniera, deve essere corredata da traduzione giurata in lingua italiana."*

Quesito n. 32

Tenuto conto delle disposizioni di cui all'art. 95 c. 10 del D. Lgs. 50/2016, stante la riconducibilità dell'appalto di che trattasi, avente ad oggetto servizi assicurativi, ad un appalto di " *servizi di natura intellettuale*", *posto che all'art.3.2 del disciplinare di gara pag. 3 viene indicato che l'importo degli oneri per la sicurezza da interferenza è pari a 0,00 (zero,00)*, si chiede conferma del fatto che all'interno dell'offerta economica **NON** dovranno essere indicati i costi della manodopera né i costi della sicurezza.

Risposta al quesito n. 32

Si conferma e si rinvia alla lettura del paragrafo 16 del disciplinare di gara.

Quesito n. 33

Si chiede conferma che la copertura sanitaria integrativa posta a base d'asta sia uguale a quella in corso, viceversa si chiede di indicare le modifiche.

Risposta al quesito n. 33

Le condizioni della copertura sanitaria integrativa posta a base di gara si presentano sostanzialmente analoghe rispetto a quelle degli ultimi tre anni con differenze minime che non determinano modifiche del rischio significative e come tali influenti per la formulazione delle offerte di gara.

Quesito n. 34

Si chiede di indicare i premi in corso per dipendente e per nucleo familiare.

Risposta al quesito n. 34

Attualmente il premio annuo lordo per dipendente ammonta ad € 580,00 (a carico di FVGS).

Invece, il premio annuo lordo per nucleo familiare con 1 solo familiare a carico ammonta ad € 150,00; nel caso di nucleo familiare composto da 2 o più familiari a carico, il premio annuo lordo ammonta ad € 290,00. Tali importi sono a carico del dipendente.

Quesito n. 35

Relativamente ai report degli andamenti tecnici già forniti, si chiede un aggiornamento degli stessi alla data odierna.

Risposta al quesito n. 35

Vedasi risposta al precedente quesito n. 12.

Quesito n. 36

All'art. 3.4 "Modalità di esecuzione del servizio" del Capitolato Speciale d'Appalto si indica che l'assistenza sanitaria è operante fino alla prima scadenza annuale in caso di cessazione del rapporto di lavoro con FVG Strade S.p.A.; poiché nell'articolo precedente (art. 3.3 "Premio/contributo"), in relazione alle movimentazioni di Assicurati in corso d'anno, si fa riferimento sia alle "esclusioni" di dipendenti per cessazione del rapporto di lavoro e/o decesso sia alle "esclusioni" dei familiari, si chiede conferma che tali riferimenti alle "esclusioni" nell'art. 3.3 siano un refuso e vadano abrogati.

Risposta al quesito n. 36

Si conferma quanto indicato nel Piano.

Quesito n. 37

In caso di risposta negativa al quesito di cui sopra, si chiede conferma che il criterio per la regolazione del premio previsto per le esclusioni in corso d'anno dei dipendenti e dei familiari abbia un criterio opposto a quello previsto per le inclusioni: pertanto si conferma l'intero premio annuo per le inclusioni avvenute nel primo semestre e il 50% del premio annuo per le inclusioni avvenute nel secondo semestre, mentre si chiede conferma che vada computato il 50% del premio annuo per le esclusioni avvenute nel primo semestre e l'intero premio annuo per le esclusioni avvenute nel secondo semestre.

Risposta al quesito n. 37

Si conferma

Quesito n. 38

In relazione a quanto previsto al punto 4 "Contatto telefonico di primo soccorso" della sezione F "Servizi e consulenze" del Capitolato Speciale d'Appalto, si chiede di esplicitare i criteri per definire il "caso d'urgenza".

Risposta al quesito n. 38

Il caso di urgenza non può collegarsi che ad una valutazione medica e quindi, non si può che collegare a situazioni (infortuni e/o malattie) per le quali il tempo di intervento/trattamento dev'essere tempestivo per scongiurare esiti gravi o comunque indesiderati.

Quesito n. 39

Si chiede conferma che con riferimento al requisito di cui alla lett. a) dell'art. 7.1 del Disciplinare, relativo all'iscrizione del Fondo, per l'anno 2018, all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari, il requisito si intenda soddisfatto se il Fondo risulta iscritto all'Anagrafe nell'annualità 2017 ed abbia presentato nel 2018 la richiesta di rinnovo dell'iscrizione, nei termini normativamente previsti, ma non sia ancora in possesso dell'attestazione rilasciata dall'Anagrafe (che di solito arriva negli ultimi mesi di ciascuna annualità di riferimento). Fermo restando che il Fondo aggiudicatario presenterà alla stazione appaltante non appena disponibile l'attestazione 2018 ottenuta.

Risposta al quesito n. 39

Vedasi risposta al precedente quesito n. 14.

Quesito n. 40

Si chiede conferma che se il concorrente compila e deposita il DGUE (secondo le istruzioni di compilazione fornite dalla stazione appaltante) non sia necessario anche compilare e depositare le schede 1/D e 1/E in quanto alternative al DGUE.

Risposta al quesito n. 40

Il concorrente deve comunque compilare la scheda 1/D. È facoltà del concorrente compilare la scheda 1/E.

Quesito n. 41

Il disciplinare di gara prevede che le dichiarazioni integrative di cui ai punti da 1 a 11 dell'art. 14.3.1 del Disciplinare possono essere rese compilando la scheda 1/C. Tale scheda però non prevede espressamente tali dichiarazioni ed essendo in formato pdf non consente di aggiungere ulteriori dichiarazioni. Si chiede pertanto se sia possibile rendere tali dichiarazioni tramite un documento in forma libera predisposto dal concorrente.

Risposta al quesito n. 41

Si conferma.

Quesito n. 42

All'art. 19 dello schema di contratto "Trattamento dei dati, consenso al trattamento e nomina Responsabile" si legge "*la CASSA accetta espressamente di essere nominata – per la durata del contratto stesso - Responsabile Esterno del Trattamento dei dati ai sensi del Regolamento (UE) n.2016/679*". Si segnala che si ritiene più opportuno che la Cassa rivesta il ruolo di Titolare autonomo del trattamento anziché di Responsabile e pertanto si chiede conferma che in caso di aggiudicazione l'aggiudicatario sarà qualificato come Titolare autonomo e non come responsabile.

Risposta al quesito n. 42

Si conferma.

Quesito n. 43

Si chiede di ricevere copia delle condizioni di polizza in corso; se non disponibili, si chiede l'indicazione di eventuali differenze rilevanti nelle condizioni di polizza tra il capitolato a base d'asta e il capitolato relativo alla polizza in corso; inoltre si chiede se siano intervenute, nel corso degli ultimi tre anni, delle modifiche alle condizioni di polizza.

Risposta al quesito n. 43

Vedasi risposta al precedente quesito n. 33.

Quesito n. 44

Si chiede se sia previsto un broker per l'intermediazione e in caso di risposta affermativa si chiede di indicare la percentuale di provvigione che l'aggiudicatario dovrà corrispondere al broker.

Risposta al quesito n. 44

Per la gestione della polizza in oggetto non è prevista l'intermediazione di alcun broker.

Quesito n. 45

Si chiede l'indicazione della data di decorrenza della copertura assicurativa.

Risposta al quesito n. 45

Vedasi punto 4.1 del Disciplinare di gara.

Quesito n. 46

Si chiede di conoscere l'importo del premio lordo per dipendente in ciascuna delle ultime tre annualità.

Risposta al quesito n. 46

Vedasi risposta al precedente quesito n. 34.

Fino al 31.12.2017 il premio annuo lordo per dipendente ammontava ad € 487,00 (a carico di FVGS).

Quesito n. 47

Si chiede di conoscere l'importo del premio lordo per nucleo familiare con inserimento di 1 familiare in ciascuna delle ultime tre annualità.

Risposta al quesito n. 47

Vedasi risposta al precedente quesito n. 34. Il premio annuo lordo nelle ultime tre annualità, per nucleo familiare con 1 solo familiare a carico, è rimasto invariato ed ammonta a €150,00.

Quesito n. 48

Si chiede di conoscere l'importo del premio lordo per nucleo familiare con inserimento di 2 o più familiari in ciascuna delle ultime tre annualità.

Risposta al quesito n. 48

Vedasi risposta al precedente quesito n. 34 Il premio annuo lordo nelle ultime tre annualità, per nucleo familiare composto da 2 o più familiari a carico, è rimasto invariato ed ammonta ad € 290,00.

Quesito n. 49

In riferimento al file "SINISTRI" si chiede:

- i. di specificare la data di estrazione dei dati
- ii. se i dati nell'ultima pagina per il periodo 01/01/2018-31/07/2018 si riferiscano ad un rinnovo o ad una proroga e se facciano riferimento al solo iscritto o anche ai familiari.

Risposta al quesito n. 49

- i. Vedasi risposta al precedente quesito n. 12
- ii. I dati riportati nell'ultima pagina per il periodo 01/01/2018-31/07/2018, sono complessivi (iscritti e familiari).

Quesito n. 50

In riferimento al file "BUSTA B GARA 10-2018 - Scheda B1 - Offerta Tecnica" si chiede se nella colonna "Offerta" bisognerà indicare l'intero importo offerto in euro oppure solo l'incremento\riduzione in euro offerto oppure solo l'incremento\riduzione in percentuale offerto rispetto al valore da capitolato.

Risposta al quesito n. 50

Vedasi risposta al precedente quesito n. 13

Quesito n. 51

Si chiede conferma che per la comprova dei servizi analoghi (art. 7.3, lett. c del disciplinare di gara) siano ammessi anche i certificati di polizza firmati dal contraente recanti l'indicazione dell'oggetto del servizio, dell'importo, della durata, il committente (associato) e il numero dei nuclei assicurati, in copia conforme resa dal legale rappresentante del concorrente ai sensi del DPR 445/2000.

Risposta al quesito n. 51

Si conferma.

Quesito n. 52

Si chiede conferma che il requisito di compresenza di strutture abilitate a ricovero notturno e di quelle non abilitate al ricovero notturno si intenda rispettato complessivamente; pertanto, fermi rimanendo i numeri minimi per provincia, il requisito è posseduto se sono presenti, a puro titolo esemplificativo, in 3 delle quattro province.

Risposta al quesito n. 52

Vedasi risposta al precedente quesito n. 23

Quesito n. 53

Si chiede conferma che la comprova del requisito minimo della rete di strutture sanitarie convenzionate indicato all'art. 7.3 lett. d) del disciplinare di gara possa essere fornito con la produzione degli elenchi nominativi delle predette strutture.

Risposta al quesito n. 53

Si conferma.