



PROCEDURA DI GARA RISTRETTA, IN AMBITO COMUNITARIO, FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI LA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2018-2019 DELL’AUTORITÀ PER L’ENERGIA ELETTRICA IL GAS E IL SISTEMA IDRICO (LOTTO N. 1), DEL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (LOTTO N. 2) E DELL’AUTORITÀ DI REGOLAZIONE DEI TRASPORTI (LOTTO N. 3).

SECONDA FASE AD INVITI LOTTO N. 3 ART

CIG GENERALE 71479399DB

CHIARIMENTI N. 2 DEL 6 DICEMBRE 2017

Come previsto all’art. 5 del Disciplinare di gara fase ad inviti Lotto n. 3 ART CIG 71479399DB con la presente nota si rappresentano alcune richieste di chiarimento pervenute e le risposte inviate dall’Autorità per l’energia elettrica il gas e il sistema idrico, al fine di garantire la massima trasparenza e nel rispetto del principio generale di *par condicio* tra i concorrenti.

Domanda:

SCHEMA DI CONVENZIONE GENERALE LOTTO N. 3 ART

L’ART. 5 - DECORRENZA E DURATA, a pag. 4, riporta la seguente frase:

“[...] Le prestazioni oggetto della presente Convenzione decorreranno dalle ore 00:00 dell’1 gennaio 2018 e verranno a scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2019, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo anno mediante comunicazione raccomandata inviata dall’una all’altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 60 giorni prima di tale scadenza [...]”.

Sul “DISCIPLINARE DI GARA FASE DI QUALIFICAZIONE LOTTO N. 3 ART”, nell’ART. 3 - DECORRENZA E DURATA, a pag.4, nonché sul “DISCIPLINARE DI GARA SECONDA FASE AD INVITI LOTTO N. 3 ART”, all’ART. 2 - NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE SULL’APPALTO DEL LOTTO N. 3 ART, a pag. 5, si legge invece:

“[...] Tutte le coperture oggetto del lotto n. 3 ART decorreranno dalle ore 00:00 dell’1 gennaio 2018 e verranno a scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre 2019, con possibilità di recesso da ambo le parti dopo il primo anno mediante comunicazione raccomandata inviata dall’una all’altra parte, e anticipata a mezzo telefax, almeno 180 giorni prima di tale scadenza [...]”.

Si chiede gentilmente all’Ente di chiarire se il limite per l’invio del recesso sia di 60 giorni o di 180 giorni prima della scadenza.

Risposta:

Si rinvia alla Precisazione n. 2 (tutti i lotti) pubblicata sul sito internet dell’Autorità (https://www.autorita.energia.it/it/bandi_gara.htm) nella corrispondente sezione della gara in argomento.

Domanda:

DISCIPLINARE DI GARA SECONDA FASE AD INVITI LOTTO N. 3 ART

Il punto c) dell’ART. 14 - CONTENUTO DELLA BUSTA N. 2 “OFFERTA COMPONENTE QUALITATIVA LOTTO N. 3 ART”, riporta, a pag. 18:

“[...] per ogni singolo parametro migliorato di cui al precedente art. 6, lettera a), punti da (xvii) a (xx), il singolo punteggio stabilito verrà assegnato tramite la seguente formula:

$$P = V_{\max} / V_{\text{offerta}} \times x$$

dove:

- **P** è il singolo punteggio assegnato al concorrente in esame e riferito ad ogni singolo parametro di cui

al precedente art. 6, lettera a), punti da (xvii) a (xx).

- **Vofferto** è il singolo valore del miglioramento offerto dal concorrente in esame, per ogni singolo parametro di cui al precedente art. 6, lettera a), punti da (xvii) a (xx), rispetto al corrispondente valore minimo stabilito nel corrispondente Capitolato di riferimento;
- **Vmax** è il singolo miglior valore tra quelli offerti dai concorrenti per ogni singolo parametro di cui al precedente art. 6, lettera a), punti da (xvii) a (xx);
- **x** è il punteggio massimo previsto per ogni singolo parametro di cui al precedente art. 6, lettera a), punti da (xvii) a (xx) [...]”.

La precedente formula sembra attribuire un punteggio maggiore all'offerta peggiore. Per fare un esempio numerico, prendendo in considerazione il parametro definito all'ART. 6, lettera a), punto (xviii) relativo alla diminuzione della percentuale di scoperto di cui all'art. 4, lettera c), del Capitolato n. 1 “PIANO SANITARIO”, se si hanno le seguenti offerte:

- Concorrente A: 10%;
- Concorrente B: 5%;

i punteggi ottenuti dai due concorrenti saranno:

- Concorrente A: $10\%/10\%*3=3$;
- Concorrente B: $10\%/5\%*3=6$.

Si chiede all' Ente di chiarire l' utilizzo della precedente formula e, in caso di rifiuto, di fornire la formula corretta da utilizzare per il calcolo del punteggio relativo ai parametri di cui all' ART. 6, lettera a), punti da (xvii) a (xx).

Risposta:

Si rinvia alla Precisazione n. 2 (tutti i lotti) pubblicata sul sito internet dell'Autorità (https://www.autorita.energia.it/it/bandi_gara.htm) nella corrispondente sezione della gara in argomento.

Domanda:

EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO DELL'AUTORITA' DI REGOLAMENTAZIONE DEI TRASPORTI DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO, PARTO

Capitolato n. 1 “ PIANO SANITARIO”

Poiché si ritiene necessario avere a disposizione maggiori dettagli in merito agli assicurati si chiede all'Ente se attualmente è in vigore una copertura rimborso spese mediche e, nel caso affermativo, di fornire:

il numero dei titolari che attualmente godono di una copertura sanitaria;

il numero di coniugi, conviventi more uxorio e figli, come definiti all'ART. 2 - SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO, che hanno diritto e che godono attualmente della copertura assicurativa.

Si richiede anche se il piano sanitario previsto sia uguale a quello attualmente in essere e, laddove non lo fosse, di indicare le differenze e/o produrre le condizioni della copertura sanitaria in essere.

Risposta:

Non è in vigore una copertura rimborso spese mediche.

Domanda:

- 1) L' ART. 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA, a pag. 3, riporta la seguente frase:

“[...] In particolare la Cassa, si impegna - sulla base di quanto concordato sia tramite la Convenzione che il presente Capitolato - ad erogare agli Assicurati ed ai rispettivi familiari (con trattamento differenziato in funzione del proprio regime fiscale), rimborsi di spesa e contributi economici sostenuti per i casi di infortunio, malattie o parto, indipendentemente da accertamento medico [...]”.

Si chiede gentilmente di chiarire:

- a. che cosa si intenda con “indipendentemente da accertamento medico”;*
- b. quale sia il trattamento differenziato in funzione del proprio regime fiscale da applicare ai familiari, dal momento che i soggetti assicurati includono, oltre al Titolare, solo i familiari fiscalmente a carico, come definito dal successivo ART. 2 - SOGGETTI ASSICURATI E OPERATIVITÀ DEL CAPITOLATO.*

Risposta:

- a. si intende che l’adesione avviene senza compilazione di questionario e/o accertamento medico;*
- b. non vi è alcun trattamento differenziato. Trattasi di rifiuto: quanto indicato in parentesi all’art. 1 secondo capoverso non è pertanto da considerarsi*

Domanda:

- 2) L’ ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera a), punto 5.1) riporta, a pag. 5:*

“[...] Ricoveri presso strutture non convenzionate: il rimborso verrà calcolato applicando un limite di € 300,00 giornalieri per la retta di degenza e di una franchigia fissa di € 1.100,00 (o altro valore inferiore come risultante dall’offerta qualitativa presentata in sede di gara) [...]”.

Poiché sul “Modello n. 5 Scheda miglioramenti rif. art. 14 del Disciplinare di gara seconda fase ad inviti Lotto n. 3 ART”, sul “Modello n. 5-bis Scheda miglioramenti rif. art. 14 del Disciplinare di gara seconda fase ad inviti Lotto n. 3 ART”, il parametro migliorabile è il massimo giornaliero relativo alla retta di degenza, si ritiene che l’ ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera a), punto 5.1) debba essere modificato come segue:

“[...] Ricoveri presso strutture non convenzionate: il rimborso verrà calcolato applicando un limite di € 300,00 giornalieri per la retta di degenza (o altro valore inferiore come risultante dall’offerta qualitativa presentata in sede di gara) e di una franchigia fissa di € 1.100,00 [...]”.

Si chiede conferma.

Risposta:

Si conferma.

Domanda:

- 3) L’ ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera a), punto 5.2) riporta, a pag. 5:*

“[...] Ricoveri effettuati in regime di convenzione mista (struttura sanitaria convenzionata e équipe medico-chirurgica non convenzionata) è comunque attivabile facoltativamente il pagamento diretto per la parte di spesa relativa alla struttura. Sul totale delle spese relative al ricovero viene applicato uno scoperto del 20% con il minimo di euro 800,00 (o altro valore inferiore come risultante dall’offerta qualitativa presentata in sede di gara) [...]”.

Si chiede all’ Ente se lo scoperto e il minimo indennizzabile siano effettivamente parametri migliorabili dal momento che non sono riportati sul “Modello n. 5 Scheda miglioramenti rif. art. 14 del Disciplinare di gara seconda fase ad inviti Lotto n. 3 ART”, sul “Modello n. 5-bis Scheda miglioramenti rif. art. 14 del Disciplinare di gara seconda fase ad inviti Lotto n. 3 ART”, né sul “DISCIPLINARE DI GARA SECONDA FASE AD INVITI LOTTO N. 3 ART” all’ ART. 6 - CRITERI DI VALUTAZIONE PER L’AGGIUDICAZIONE DEL LOTTO N. 3 ART.

Risposta:

Non sono parametri migliorabili.

Domanda:

4) L' ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera b2) – Prestazioni specialistiche, paragrafo c. riporta, a pag. 6:

“[...] Le suindicate terapie sono rimborsabili solo se effettuate da medico e dietro prescrizione medico-specialistica attestante una diagnosi documentata ed accertata. Relativamente alla logopedia e alla fisioterapia le stesse sono rimborsabili **anche se** effettuate rispettivamente da psicoterapeuta, da logopedista iscritto all'albo e da fisioterapista diplomato [...]”.

Si chiede conferma che le terapie fisioterapiche siano rimborsabili **solo se** effettuate da fisioterapista diplomato, come indicato nell' ART. 5 – ESCLUSIONI, quarto item.

Risposta:

Si conferma.

Domanda:

5) L' ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera b5) – Limiti, franchigie e scoperti operanti per le prestazioni fuori ricovero. riporta, a pag. 6:

“[...]Nel caso in cui le spese siano sostenute non in totale regime di convenzione diretta vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto di € 50,00 (...) per ogni accertamento diagnostico o ciclo di cura effettivamente sostenuta”.

Poiché l' ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera b2) - Prestazioni specialistiche prevede in copertura onorari medici specialistici per visite e prestazioni e le visite omeopatiche si ritiene che l'ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera b5) – Limiti, franchigie e scoperti operanti per le prestazioni fuori ricovero debba essere modificato come segue

“[...]Nel caso in cui le spese siano sostenute non in totale regime di convenzione diretta vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto di € 50,00 (...) per ogni visita, accertamento diagnostico o ciclo di cura effettivamente sostenuta”.

Si chiede conferma.

Risposta:

Si conferma.

Domanda:

6) Relativamente all'ART. 4 – PRESTAZIONI, lettera c) MEDICINA PREVENTIVA, si legge, a pag. 9:

“[...] Nel caso invece di utilizzo di professionisti o strutture non convenzionate con la Cassa, il rimborso sarà soggetto ad uno scoperto del 20% con un minimo non rimborsabile di 50,00 euro [...]”.

Si chiede gentilmente all' Ente di chiarire a cosa debba essere applicato il minimo non rimborsabile di 50,00 euro per fattura.

Risposta:

Il minimo non rimborsabile di euro 50,00 è da intendersi riferito per ogni esame/prestazione sostenuti e fatturati.

Domanda:

7) L'ART. 5 – ESCLUSIONI, riporta, al secondo item:



“[...] interventi di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser a eccimeri salvo quanto previsto in merito all’Art. 5, lettera a), punto 1, ultimo item e con i limiti ivi indicati [...]”.

Si chiede conferma che il corretto riferimento sia l’Art. 4, lettera a), punto 1, ultimo item.

Risposta:

Si conferma.

Domanda:

8) *L’ART. 5 – ESCLUSIONI, settimo item, riporta:*

“[...] le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto in merito al precedente art. 5, lettera c), punto 2.4, e lettera i) [...]”.

Si chiede conferma che il corretto riferimento sia l’Art. 4, lettera b2), punto d.

Risposta:

Si conferma.

Milano, 6 dicembre 2017

Autorità per l’energia elettrica il gas e il sistema idrico
Direzione Affari Generali e Risorse
Il Vice Direttore
(firmato: Massimo Donghi)