GARA PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER DIPENDENTI NON DIRIGENTI DI CONSIP S.P.A. E PER IL NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

DOCUMENTO DI CONSULTAZIONE DEL MERCATO

QUESTIONARIO

***Da inviare a mezzo mail all’indirizzo:***

dsbsconsip@postacert.consip.it

Roma, 21/06/2024

**Premessa**

Consip S.p.A., società in-house del Ministero dell’Economia e delle Finanze, principale centrale acquisti per la Pubblica Amministrazione italiana, nell’ambito delle politiche interne di gestione del personale dipendente, attualmente assicura a favore dei propri dipendenti non dirigenti e del nucleo familiare fiscalmente a carico di questi ultimi, la copertura sanitaria integrativa prevista dal CCNL “Metalmeccanico Industria”, tramite adesione al fondo [Mètasalute](https://www.fondometasalute.it/i-piani-sanitari/), nonché una copertura sanitaria complementare - su adesione volontaria - stipulata con Mutua MBA, aggiudicataria della gara [ID 2458](https://www.consip.it/bandi-di-gara/gare-e-avvisi/gara-servizi-di-assistenza-sanitaria-complementare-di-sogei-e-consip-0).

Ad oggi, Consip S.p.A. intende valutare opzioni sostitutive di copertura sanitaria integrativa, in unica soluzione e più favorevoli per i propri dipendenti.

Il presente documento di consultazione del mercato ha l’obiettivo di:

* garantire la massima pubblicità alle iniziative per assicurare la più ampia diffusione delle informazioni ed un celere svolgimento delle procedure di acquisto;
* ottenere la più proficua partecipazione da parte dei soggetti interessati;
* pubblicizzare al meglio le caratteristiche qualitative e tecniche dei beni e servizi oggetto di analisi;
* ricevere, da parte dei soggetti interessati, osservazioni e suggerimenti per una più compiuta conoscenza del mercato;
* individuare le migliori soluzioni di mercato, con alto contenuto innovativo e forte impatto in termini di efficacia ed efficienza della soluzione proposta, di vantaggio o riduzione di impatti ambientali o sociali rivolti ai propri dipendenti, ai clienti o alla collettività.

In merito all’iniziativa “Gara per l’affidamento dei servizi di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti non dirigenti di Consip S.p.A. e per il nucleo familiare fiscalmente a carico” Vi preghiamo di fornire il Vostro contributo a titolo gratuito - previa presa visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali sotto riportata - compilando il presente questionario e inviandolo entro **20 giorni solari** dalla data odierna all’indirizzo PEC *dsbsconsip@postacert.consip.it*

Tutte le informazioni da Voi fornite con il presente documento saranno utilizzate ai soli fini dello sviluppo dell’iniziativa in oggetto e non dovranno anticipare specifiche quotazioni afferenti al servizio oggetto della presente consultazione salva diversa indicazione presente di seguito nel questionario.

Vi preghiamo di indicare se i Vostri contributi contengano informazioni e/o dati protetti da diritti di privativa o comunque rilevatori di segreti aziendali, commerciali o industriali, nonché ogni altra informazione riservata utile a ricostruire la Vostra posizione nel mercato e/o la Vostra competenza nel campo di attività di cui alla consultazione.

 Vi chiediamo altresì di precisare, in vista dell’eventuale accesso da parte di altri operatori economici agli esiti della presente consultazione, se la divulgazione di quanto contenuto nei Vostri contributi dovrà avvenire in forma anonima.

Consip S.p.A. si riserva altresì la facoltà di interrompere, modificare, prorogare o sospendere la presente procedura provvedendo, su richiesta dei soggetti intervenuti, alla restituzione della documentazione eventualmente depositata senza che ciò possa costituire, in alcun modo, diritto o pretesa a qualsivoglia risarcimento o indennizzo.

**Dati azienda**

|  |  |
| --- | --- |
| **Azienda** |  |
| **Indirizzo** |  |
| **Nome e cognome del referente** |  |
| **Ruolo in azienda** |  |
| **Telefono (diretto del Referente)** |  |
| **Fax** |  |
| **Indirizzo e-mail (diretto del Referente)** |  |
| **Data compilazione del questionario** |  |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (nel seguito anche *“Regolamento UE”*), Vi informiamo che la raccolta ed il trattamento dei dati personali (d’ora in poi anche solo “Dati”) da Voi forniti sono effettuati al fine di consentire la Vostra partecipazione all’attività di consultazione del mercato sopradetta, nell’ambito della quale, a titolo esemplificativo, rientrano la definizione della strategia di acquisto della merceologia, le ricerche di mercato nello specifico settore merceologico, le analisi economiche e statistiche.

Il trattamento dei Dati per le anzidette finalità, improntato alla massima riservatezza e sicurezza nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria vigente in materia di protezione dei dati personali, avrà luogo con modalità sia informatiche, sia cartacee.

Il conferimento di Dati alla Consip S.p.A. è facoltativo; l'eventuale rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di acquisire da parte nostra, le informazioni per una più compiuta conoscenza del mercato relativamente alla Vostra azienda.

I Dati saranno conservati in archivi informatici e cartacei per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati, conformemente a quanto previsto dagli obblighi di legge.

All’interessato vengono riconosciuti i diritti di cui agli artt. da 15 a 23 del Regolamento UE. In particolare, l’interessato ha il diritto di: i) revocare, in qualsiasi momento, il consenso; ii) ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, nonché l’accesso ai propri dati personali per conoscere la finalità del trattamento, la categoria di dati trattati, i destinatari o le categorie di destinatari cui i dati sono o saranno comunicati, il periodo di conservazione degli stessi o i criteri utilizzati per determinare tale periodo; *iii)* il diritto di chiedere, e nel caso ottenere, la rettifica e, ove possibile, la cancellazione o, ancora, la limitazione del trattamento e, infine, può opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento; *iv)* il diritto alla portabilità dei dati che sarà applicabile nei limiti di cui all’art. 20 del regolamento UE.

Se in caso di esercizio del diritto di accesso e dei diritti connessi previsti dagli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE, la risposta all'istanza non perviene nei tempi indicati e/o non è soddisfacente, l'interessato potrà far valere i propri diritti innanzi all'autorità giudiziaria o rivolgendosi al Garante per la protezione dei dati personali mediante apposito ricorso, reclamo o segnalazione.

L’invio a Consip S.p.A. del Documento di Consultazione del mercato implica il consenso al trattamento dei Dati personali forniti.

Titolare del trattamento dei dati è Consip S.p.A., con sede in Roma, Via Isonzo 19 D/E. Le richieste per l’esercizio dei diritti riconosciuti di cui agli artt. da 15 a 23 del regolamento UE, potranno essere avanzate al Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica esercizio.diritti.privacy@consip.it.

**Breve descrizione dell’iniziativa**

Consip S.p.A. intende bandire una gara d'appalto per l’affidamento dei servizi di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti non dirigenti di Consip e per il nucleo familiare fiscalmente a carico.

Consip intende individuare un unico operatore che garantisca, con condizioni migliorative, i servizi/prestazioni attualmente oggetto sia della copertura sanitaria integrativa prevista dal CCNL “Metalmeccanico Industria” tramite adesione al fondo [Mètasalute](https://www.fondometasalute.it/i-piani-sanitari/) (Piano Integrativo MS3), sia della polizza sanitaria complementare stipulata con Mutua MBA, aggiudicataria della gara [ID 2458](https://www.consip.it/bandi-di-gara/gare-e-avvisi/gara-servizi-di-assistenza-sanitaria-complementare-di-sogei-e-consip-0).

L’iniziativa sarà pertanto finalizzata ad individuare:

* una compagnia assicurativa che sia in possesso dell’autorizzazione all’esercizio delle attività assicurative in Italia per il ramo afferente alle coperture assicurative oggetto dell’appalto rilasciata dalla competente autorità;

e/o

* un Fondo sanitario integrativo o una Cassa, ente, società di mutuo soccorso avente esclusivamente fine assistenziale, iscritto/a all’Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi di cui al D.M. del 27 ottobre 2009.

(Per semplicità, nel questionario si parlerà genericamente di *azienda* con riferimento ad entrambe le categorie)

**Domande – Questionario**

1. Riportare una **breve descrizione dell’azienda**, nonché delle Società controllate e/o collegate. A titolo esemplificativo e non esaustivo:
	1. Attività principali
	2. Settori di attività previsti dall’iscrizione alla Camera di Commercio (si prega di esplicitare anche i relativi codici ATECO)
	3. Anno di costituzione dell’azienda
	4. Numero dipendenti - distinguendo tra dipendenti diretti e collaboratori full-time e part-time
	5. Certificazioni possedute (ISO, Qualità, Processo, Pari opportunità, altro)
	6. Eventuale appartenenza ad associazioni di categoria (esplicitare quali)
	7. Indicazione di eventuali società controllate e/o collegate
	8. Eventuali altre informazioni rilevanti ai fini della presente iniziativa

|  |
| --- |
|  |

#

1. Indicare, nella tabella seguente, il **fatturato annuo dell’azienda** nel triennio precedente all’anno corrente (2021-2023) suddiviso nelle varie attività costituenti l’oggetto principale ed esplicitando la quota parte realizzata verso PP.AA., Enti Pubblici, Organismi di diritto pubblico e/o Soggetti comunque costituiti e/o controllati dai predetti.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Anno** | **Fatturato globale**(in euro) | **Fatturato totale per contratti analoghi relativi alla fornitura di Servizi di assistenza sanitaria integrativa per personale dipendente**(in euro) | **Fatturato totale per contratti analoghi relativi alla fornitura di Servizi di assistenza sanitaria integrativa per personale dipendente, stipulati con PP.AA., Enti Pubblici, Organismi di diritto pubblico e/o Soggetti comunque costituiti e/o controllati dai predetti**(in euro) |
| **2023** |  |  |  |
| **2022** |  |  |  |
| **2021** |  |  |  |

1. Rispetto ai **contratti analoghi relativi alla fornitura di servizi di assistenza sanitaria integrativa per personale dipendente**, sottoscritti nel triennio 2021-2023, si chiede di fornire i dati richiesti nella tabella sotto riportata.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Committente***(pubblico o privato)* | **Anno del contratto** | **Durata del contratto** (in mesi) | **Valore complessivo del contratto** (in euro) | **Valore del contratto regolarmente eseguito nel triennio indicato**(in euro) | **Numero di assistiti/assicurati dalla polizza sanitaria integrativa** | **Numero complessivo di lavoratori** **impiegati nella commessa** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **n** |  |  |  |  |  |  |

1. Indicare il **numero di dipendenti** dell’azienda nei tre anni precedenti alla pubblicazione del presente documento (2021-2023), specificandolo per ciascun anno.

|  |
| --- |
|  |

1. In termini di **inclusione lavorativa**, come è distribuito il Vostro personale dipendente, in percentuale sul totale della popolazione aziendale, rispetto alle categorie di cui alla tabella seguente?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Categoria** | **%** | **Categoria** | **%** |
| Giovani (≤36 anni) |  | Diversamente abili |  |
| Donne |  | Lavoratori svantaggiati |  |
| Altro (specificare) |  | Altro (specificare) |  |

1. Quale/i **CCNL** applicate al Vostro personale dipendente? Si prega di descrivere dettagliatamente,esplicitando anche eventuali sottocategorie e/o specifici comparti.

|  |
| --- |
|  |

1. Nell’ambito della fornitura di servizi di assistenza sanitaria integrativa, esistono **attività di carattere ripetitivo** **e/o meri compiti standardizzati**, che non richiedono l’elaborazione di soluzioni personalizzate per ciascun utente del servizio? Se sì, quali sono e qual è la loro incidenza percentuale rispetto al valore del servizio reso.

|  |
| --- |
|  |

1. In caso foste una compagnia assicurativa, possedete o siete associati con **una Cassa o un Fondo di assistenza sanitaria integrativa**? Se sì, quale? Si prega di descriverne le principali caratteristiche.

|  |
| --- |
|  |

1. In caso di associazione della compagnia assicurativa con una Cassa o un Fondo di assistenza sanitaria integrativa, quali sono gli eventuali **benefici fiscali** per la committente e/o per i dipendenti assicurati? Se sì, si chiede gentilmente di specificare quali e a che condizioni, indicandone i riferimenti normativi.

|  |
| --- |
|  |

1. Siete a conoscenza di eventuali **ulteriori e diversi benefici fiscali** per la committente e/o per i dipendenti assicurati, indipendenti dall’associazione di cui al precedente punto n. 9? Se sì, si chiede gentilmente di specificare quali e a che condizioni, indicandone i riferimenti normativi.

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare il **numero complessivo degli assistiti/assicurati**, relativamente ai servizi di assistenza sanitaria integrativa, nei tre anni precedenti alla pubblicazione del presente documento (2021-2023), specificandolo per ciascun anno.

|  |
| --- |
|  |

1. Relativamente ai servizi di assistenza sanitaria integrativa, indicare il **numero di strutture private convenzionate** alla data di sottoscrizione del presente questionario, specificando la loro distribuzione territoriale perregione.

|  |
| --- |
|  |

1. Nell’erogazione dei servizi oggetto della presente consultazione, vi avvalete di **contratti continuativi** **di cooperazione, servizio e/o fornitura**? Se sì, si prega di descriverne l’oggetto e le modalità.

|  |
| --- |
|  |

1. Quali sono, secondo la Vostra esperienza, i **principali driver qualitativi** che possono qualificare la fornitura dei servizi oggetto della presente consultazione?

|  |
| --- |
|  |

1. Quali **certificazioni**, rilasciate da organi indipendenti,ritenete possano qualificare adeguatamente un fornitore dei servizi oggetto della presente consultazione?

|  |
| --- |
|  |

1. Ci sono, a Vostro parere, **servizi e strumenti tecnologici/innovativi** (es. piattaforme, software, altro) che potrebbero garantire un risultato e una gestione ottimale della commessa? Se sì, si prega di descriverli ed indicare se la Vostra azienda se ne avvale o intende avvalersene in futuro.

|  |
| --- |
|  |

1. Si prega di descrivere i **servizi** che offrite ai Vostri agli assistiti per la **gestione delle pratiche** in ambito di assistenza sanitaria integrativa (piattaforme, software, call center, sportelli, ecc…) e di descrivere brevemente gli step del processo di apertura e gestione pratica, con relative tempistiche medie.

|  |
| --- |
|  |

1. Quali sono le **caratteristiche principali delle polizze**, aventi ad oggetto servizi di assistenza sanitaria integrativa a favore di dipendenti, fornite dalla Vostra società? Per cosa ritenete di differenziarVi rispetto ai Vostri competitor?

|  |
| --- |
|  |

1. Quali potrebbero essere le criticità, e che impatto potrebbe avere, **la** **mancanza o l’incompletezza di una statistica sinistri** ai fini di una corretta valutazione del premio?

|  |
| --- |
|  |

1. Si prega di indicare la/e tipologia/e di **reportistica** **rispetto ai sinistri** generalmente fornita/e dalla Vostra azienda, evidenziandone le modalità di fruizione per la committente e la frequenza.

Riuscireste a fornire la suddetta reportistica con frequenza semestrale, per dati macro aggregati (a titolo esemplificativo e non esaustivo: numero prestazioni specialistiche erogate in forma diretta/indiretta/SSN e relativi importi complessivi erogati)?

|  |
| --- |
|  |

1. In considerazione dell’esigenza di Consip di avere il nuovo contratto disponibile a partire dal 01/07/2025, ritenete possibile considerare una **durata contrattuale di 42 mesi**, con termine del contratto coincidente con la fine dell’anno solare (es: inizio 01/07/2025 termine 31/12/2028)?

Se no, vi preghiamo di indicarcene le motivazioni.

|  |
| --- |
|  |

1. Quali sono, le **voci di costo dirette ed indirette** che incidono sul valore complessivo in una commessa di fornitura dei servizi oggetto della presente consultazione? Si prega di indicare in che misura percentuale essi incidono rispetto ai costi totali.

|  |
| --- |
|  |

1. Qual è il **quadro normativo di riferimento** del mercato dei servizi di assistenza sanitaria integrativa? Negli ultimi tre anni, ci sono state **evoluzioni/modifiche** (es. determine, regolamenti, pronunce giurisprudenziali, ecc…) che ritenete opportuno evidenziare nel presente documento?

|  |
| --- |
|  |

1. Attualmente Consip S.p.A. ha adottato il piano sanitario MS3 di [MètaSalute](https://www.fondometasalute.it/i-piani-sanitari/) (<https://www.fondometasalute.it/i-piani-sanitari/>), integrato da una polizza complementare affidata con la gara [ID 2458](https://www.consip.it/bandi-di-gara/gare-e-avvisi/gara-servizi-di-assistenza-sanitaria-complementare-di-sogei-e-consip-0) del 2021 (<https://www.consip.it/bandi-di-gara/gare-e-avvisi/gara-servizi-di-assistenza-sanitaria-complementare-di-sogei-e-consip-0>).

Quali sono le eventuali **condizioni aggiuntive/migliorative** che la Vostra Azienda attualmente è in grado di offrire nei propri piani sanitari?

|  |
| --- |
|  |

1. La Vostra azienda ha **partecipato alla precedente iniziativa** ([ID 2458](https://www.consip.it/bandi-di-gara/gare-e-avvisi/gara-servizi-di-assistenza-sanitaria-complementare-di-sogei-e-consip-0))? In caso positivo si chiede gentilmente di indicare eventuali criticità riscontrate nonché di fornire ogni utile suggerimento di possibili soluzioni. In caso negativo, si chiede gentilmente di esplicitarne le motivazioni e/o di prendere visione della documentazione di gara e segnalare eventuali criticità.

|  |
| --- |
|  |

1. La Vostra azienda ha **partecipato a gare indette da altre PP.AA.** per la medesima tipologia di servizi oggetto della presente consultazione? Se sì, fornire una breve descrizione, indicando: PA, oggetto, valore, anno, se ci si è aggiudicati l’appalto, criticità rilevate e osservazioni, altro.

|  |
| --- |
|  |

1. La Vostra azienda sarebbe **interessata a partecipare** alla gara in oggetto? Se no, quali sono le motivazioni principali?

|  |
| --- |
|  |

1. Avete **ulteriori elementi/informazioni** che ritenete possano essere utili per lo sviluppo dell’iniziativa?

|  |
| --- |
|  |

Con la sottoscrizione del Documento di Consultazione del mercato, l’interessato acconsente espressamente al trattamento dei propri Dati personali più sopra forniti.

|  |
| --- |
| **Firma operatore economico** |
| [Nome e Cognome] |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |