

**CAPITOLATO TECNICO**  
**Procedura di selezione del Partner Assicurativo**

**Fondo Sanitario: FONDO SALUTE SEMPRE**

## Indice

### Sommario

Indice .....	2
1. Premessa e finalità .....	4
2. Inquadramento del Fondo e perimetro della copertura .....	4
2.1 Profilo del Fondo .....	4
2.2 Oggetto dell'affidamento .....	5
2.3 Durata contrattuale .....	5
3. Quadro normativo e principi .....	5
4. Requisiti minimi del concorrente .....	5
4.1 Requisiti di idoneità professionale .....	5
4.2 Requisiti di capacità economico-finanziaria e specializzazione ramo malattia.....	6
4.3 Requisiti di capacità tecnica .....	6
4.4 Requisiti di capacità gestionale e organizzativa .....	6
5. Requisiti tecnico-funzionali .....	7
5.1 Piano Sanitario e ambiti di copertura.....	7
5.2 Modelli di erogazione: indiretta e diretta .....	7
5.3 Rete convenzionata .....	8
5.4 Gestione sinistri e liquidazioni.....	8
5.5 Canali di servizio e assistenza agli iscritti .....	9
5.6 Sistemi informativi e integrazioni.....	9
5.7 Reporting e controllo di gestione .....	9
5.8 Centrale operativa .....	9
5.9 Contact Center.....	10
6. Governance, avvio e miglioramento continuo .....	10
6.1 Piano di avvio (start-up) .....	10
6.2 Partecipazione al Comitato tecnico scientifico del Fondo e incontri periodici .....	11
7. Struttura dell'offerta economica .....	11
8. Criteri di valutazione .....	11

9. Condizioni contrattuali essenziali.....	14
9.1 Schema di contratto e polizza .....	14
9.2 Penali e service credit.....	15
10.3 Subappalto e subfornitura.....	15
10.4 Recesso, risoluzione e gestione transizione .....	15
11. Modalità di presentazione dell'offerta.....	15
11.1 Q&A e richieste di chiarimento .....	15
12. Cronoprogramma della procedura.....	16
13. Allegati.....	16

## 1. Premessa e finalità

Il presente Capitolato Tecnico disciplina i requisiti e le modalità di esecuzione dei servizi richiesti per l'affidamento a un Partner Assicurativo delle coperture sanitarie integrative e dei servizi di gestione connessi, nell'ambito della procedura di selezione indetta dal Fondo Sanitario FONDO SALUTE SEMPRE (di seguito, "Fondo").

La procedura mira a individuare un soggetto assicurativo in grado di garantire: (i) adeguatezza tecnico-assistenziale delle coperture; (ii) qualità e continuità dei servizi di gestione; (iii) solidità economico-finanziaria; (iv) trasparenza e controllabilità delle prestazioni; (v) conformità normativa, incluse le previsioni in materia di protezione dei dati personali.

## 2. Inquadramento del Fondo e perimetro della copertura

### 2.1 Profilo del Fondo

Denominazione: FONDO SALUTE SEMPRE.

Il Fondo è una Associazione ai sensi dell'art. 36 del Codice Civile, costituito il 17 dicembre 2012 come Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per il personale dipendente a cui si applicano i Contratti Collettivi di Lavoro dei settori industriali Grafico, Editoriale, Carta, Cartotecnico ed affini.

Ambito di intervento del Fondo: assistenza sanitaria integrativa con piani sanitari distinti nelle seguenti fattispecie: titolari tipo A e titolari tipo B, familiari paganti, pensionati. Per le specifiche prestazioni di ciascun piano sanitario e relativi limiti rimborsuali si rinvia ai nomenclatori di cui agli Allegati 1A e 1B, 2 e 3. I piani sanitari richiamati si distinguono esclusivamente per altezza del premio corrisposto a parità di nomenclatore.

Al Fondo aderiscono indicativamente 4.590 Aziende e risultano iscritti circa 122.000 tra titolari, familiari e pensionati presentando una distribuzione per categoria ed età media come riportato nella tabella che segue:

<b>Categoria</b>	<b>N. assistiti</b>	<b>Età media Maschi</b>	<b>Età Media Femmine</b>
Titolari 1A	104000	45,6	44,8
Titolari 1B	15600	45,6	44,8
Familiari	2113	30	
Coniugi fiscalmente a carico	438	50	
<b>Totale</b>	<b>122286</b>		
Pensionati	135	71	

## 2.2 Oggetto dell'affidamento

L'affidamento riguarda la prestazione, in favore del Fondo e dei Beneficiari, dei seguenti servizi: (a) copertura assicurativa delle prestazioni sanitarie secondo i Piani Sanitari (Allegato 1A e 1B , 2 e 3); (b) gestione amministrativa e liquidativa dei sinistri; (c) rete convenzionata e servizi di accesso alle cure; (d) servizi informativi e reporting; (e) supporto al Fondo per attività di governance, monitoraggio e miglioramento continuo.

## 2.3 Durata contrattuale

Durata prevista: 2 anni, con decorrenza indicativa dal 1/1/2027. Alla scadenza del termine di durata del contratto stipulato all'esito della presente selezione, fatto salvo quanto previsto al successivo punto 10.4., lo stesso contratto si rinnoverà tacitamente per ulteriori 2 anni ai medesimi termini patti e condizioni.

## 3. Quadro normativo e principi

Il Partner Assicurativo dovrà operare nel rispetto della normativa applicabile, tra cui, a titolo esemplificativo: (i) Codice delle Assicurazioni Private e regolamentazione IVASS; (ii) normativa civilistica e fiscale pertinente; (iii) normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR e D.Lgs. 196/2003 come modificato); (iv) disposizioni del Fondo (Statuto, Regolamento, Piano Sanitario) e ulteriori previsioni indicate negli atti di gara.

La procedura e l'esecuzione contrattuale saranno improntate ai principi di trasparenza, parità di trattamento, non discriminazione, tracciabilità e controllo dei livelli di servizio. Il Partner Assicurativo che sarà selezionato in seguito alla procedura competitiva prende atto ed accetta che l'azione del committente Fondo risponda ai principi del risultato, dell'affidamento del contratto e della sua esecuzione con la massima tempestività ed al migliore rapporto possibile tra qualità e prezzo, nel rispetto dei principi di legalità, trasparenza e concorrenza.

Inoltre, sia il Fondo sia il Partner Assicurativo si impegnano ad una condotta che sia sempre rispettosa del principio di buona fede, dell'affidabilità e della correttezza. I rischi sono assunti dal Fornitore indipendentemente da visita medica preliminare.

## 4. Requisiti minimi del concorrente

### 4.1 Requisiti di idoneità professionale

- Autorizzazione IVASS all'esercizio dell'attività assicurativa nel Ramo Malattia ai sensi degli artt. 13 e 14 del Codice delle assicurazioni private (D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209).
- Assenza di cause di esclusione previste dalla normativa e dagli atti della presente procedura nonché dalla regolamentazione secondaria emanata dall'IVASS.

## 4.2 Requisiti di capacità economico-finanziaria e specializzazione ramo malattia

- Solvency Ratio conforme ai requisiti di vigilanza e non inferiore al 160%.
- Rating (se disponibile): indicare Agenzia e livello.
- Rapporto premi ramo malattia sul totale premi registrato negli ultimi 3 anni.
- Rapporto premi polizze collettive ramo malattia sul totale premi ramo malattia registrato negli ultimi 3 anni.
- Combined ratio ramo malattia media ultimi 3 anni.
- Numero forme collettive sanità integrativa e fondi sanitari gestiti negli ultimi 3 anni.
- Numero iscritti alle forme collettive sanità integrativa e a fondi sanitari gestiti negli ultimi 3 anni.
- Numero rimborsi erogati per prestazioni dirette negli ultimi 3 anni.
- Numero rimborsi erogati per prestazioni indirette negli ultimi 3 anni.
- Importo rimborsi erogati per prestazioni dirette negli ultimi 3 anni.
- Importo rimborsi erogati per prestazioni indirette negli ultimi 3 anni.

## 4.3 Requisiti di capacità tecnica

Il Partner assicurativo descriva e documenti:

- l'esperienza comprovata nella gestione di fondi sanitari/assistenza sanitaria integrativa di dimensione comparabile negli ultimi 5 anni.
- la struttura dedicata (account, operations, medical, network) e presidio customer care multicanale.
- la disponibilità di piattaforme digitali per gestione pratiche, autorizzazioni e consultazione prestazioni tramite anche l'utilizzo del mobile.

## 4.4 Requisiti di capacità gestionale e organizzativa

Ai fini della partecipazione alla presente selezione sono richiesti- a pena di esclusione - il possesso dei seguenti requisiti minimi:

- gestione dedicata con spendita del solo nome del Fondo
- disponibilità presso la sede del Fondo del Data Base anagrafico del Fondo
- immediata accessibilità per il Fondo ai processi gestionali e alle informazioni gestite per proprio conto dalla società incaricata
- rendicontazione puntuale relativa ai singoli sinistri liquidati
- possibilità di registrazione e riascolto di tutte le telefonate ricevute ed effettuate

- vi. network nazionale sanitario ed odontoiatrico direttamente intestato atto a garantire la prenotazione diretta delle prestazioni oggetto della copertura di cui al presente capitolato con almeno:
- 200 strutture abilitate al pernottamento
  - 2000 strutture non abilitate al pernottamento
  - 2000 poliambulatori e centri diagnostici day surgery
  - 4.000 Odontoiatri

## 5. Requisiti tecnico-funzionali

### 5.1 Piano Sanitario e ambiti di copertura

Le coperture dovranno essere conformi ai Piani Sanitari (Allegati 1,2 e 3) e includere almeno le seguenti macro-aree:

- Ricovero (con e senza intervento) e prestazioni pre/post ricovero
- Alta specializzazione e diagnostica
- Cure oncologiche
- Trattamenti fisioterapici
- Prestazioni specialistiche ambulatoriali
- Assistenza odontoiatrica
- Maternità e prevenzione
- Assistenza domiciliare e long-term care
- Emergenza/urgenza e trasporti sanitari

L'offerta dovrà riportare, per ciascuna prestazione, massimali, franchigie/scoperti, limiti, carenze, periodi di preesistenza, criteri di eleggibilità, documentazione richiesta e tempi di liquidazione.

### 5.2 Modelli di erogazione: indiretta e diretta

Il Partner Assicurativo dovrà garantire la gestione sia in forma indiretta (rimborso al Beneficiario) sia in forma diretta (convenzionamento e pagamento alla struttura sanitaria).

Requisiti minimi per la forma indiretta:

- descrizione procedure adottate;
- tempi medi di liquidazione dei rimborsi;
- accuratezza: percentuale di errore;
- procedura di controllo e di reiezione motivata

Requisiti minimi per la forma diretta:

- Rete convenzionata adeguata per copertura territoriale e tipologie di prestazione; descrizione delle caratteristiche del network di strutture convenzionate; allegare l'elenco dettagliato, anche con riepilogo numerico aggregato, suddiviso per regione e provincia, di Case di Cura, Centri Diagnostici, Centri Fisioterapici, Studi odontoiatrici;
- Procedure di prenotazione, autorizzazione e presa in carico chiare e tracciabili con descrizione delle procedure adottate per la gestione e l'evasione delle richieste di assistenza diretta;
- Garanzia di tariffe convenzionate e riduzione dei tempi di accesso;
- Presidi di qualità clinica e verifica appropriatezza.

### 5.3 Rete convenzionata

Il concorrente dovrà descrivere la rete di strutture convenzionate, includendo: estensione geografica, numero di strutture per Regione/Provincia, specialità coperte, presenza di centri di eccellenza, criteri di selezione e monitoraggio qualità, gestione reclami e meccanismi di sostituzione/integrazione rete.

Il Fondo si riserva di richiedere la modalità di integrazione della rete in aree scoperte.

### 5.4 Gestione sinistri e liquidazioni

Il Partner Assicurativo dovrà assicurare un processo end-to-end per la gestione delle pratiche, comprendente: ricezione, protocollazione, istruttoria, richiesta integrazioni, valutazione medico-legale, liquidazione e rendicontazione.

Obiettivi minimi di servizio (SLA):

<b>Processo</b>	<b>Soglia</b>	<b>Modalità di misurazione</b>
Presa in carico pratica (indiretta)	1 giorno lavorativo (>=90%)	Timestamp sistema (protocollo)
Autorizzazione (diretta) - richieste standard	2 giorni lavorativi (>=90%)	Ticketing/portale (data richiesta -> esito)
Liquidazione pratica completa	15 gg lav. (>=90%); 30 gg lav. (>=95%)	Data ricezione doc completa -> pagamento
Gestione reclami	Presa in carico 2 gg lav.; chiusura 30 gg (>=90%)	Registro reclami (apertura/chiusura)

Gli SLA e i KPI dettagliati, con soglie, modalità di misurazione e meccanismi di penale/service credit, sono riportati in Allegato 4.

Il concorrente dovrà dettagliare i controlli antifrode, le verifiche di appropriatezza e le modalità di gestione dei casi complessi, includendo eventuale Comitato Medico e procedure di second opinion.

## 5.5 Canali di servizio e assistenza agli iscritti

Il Partner Assicurativo dovrà garantire almeno:

- Numero verde con fascia oraria minima 8.30 – 19.30 e servizio di callback.
- Casella email dedicata e canale web/app per apertura e monitoraggio pratiche.
- Area riservata Beneficiario e area riservata Azienda/Fondo con profili differenziati.
- Materiali informativi: guida al Piano, FAQ, modulistica, comunicazioni periodiche.
- Servizi di accessibilità e supporto per utenti fragili.

## 5.6 Sistemi informativi e integrazioni

Il Candidato dovrà descrivere l'architettura dei sistemi impiegati e le funzionalità disponibili, includendo: gestione anagrafiche, caricamento massivo iscritti, workflow autorizzazioni, gestione rimborsi, tracciamento documentale, log attività, dashboard e report.

Requisiti richiesti:

- Interoperabilità tramite API/servizi (REST/SOAP) o tracciati record concordati.
- Sicurezza: autenticazione forte, cifratura in transito e a riposo, segregazione ambienti, logging.
- Business continuity e disaster recovery con RTO/RPO dichiarati.
- Conservazione e audit trail delle operazioni su dati e pratiche.

## 5.7 Reporting e controllo di gestione

Il Partner Assicurativo dovrà fornire report periodici mensili sul data set sinistri e un cruscotto di monitoraggio trimestrale contenente almeno: sinistrosità, frequenza, severità, utilizzo massimali, trend per prestazione, gestione diretta vs indiretta, tempi medi, reclami, network utilization, indicatori antifrode. Indicatori rilevati per macro prestazioni erogate e per regione/provincia.

Formato: [Excel/CSV] con dizionario dati e possibilità di estrazioni ad hoc su richiesta del Fondo.

## 5.8 Centrale operativa

Il Candidato dovrà descrivere:

- orario e giorni di attività;
- numero di addetti e contratto di lavoro applicato;
- gestione dei contatti e modello organizzativo;
- modalità di fornitura della consulenza medica;

- tipologia delle attività e modalità operative;
- tempi medi di risposta;
- numero medio giornaliero di telefonate gestite per singolo operatore.

## 5.9 Contact Center

Il Candidato dovrà descrivere

- orario e giorni di attività;
- numero di addetti e contratto di lavoro applicato;
- gestione dei contatti e modello organizzativo;
- portale vocale;
- tempi medi di evasione del quesito
- numero medio giornaliero di telefonate gestite per singolo operatore.

## 6. Governance, avvio e miglioramento continuo

### 6.1 Piano di avvio (start-up)

Il Candidato dovrà presentare un Piano di Avvio con milestone, responsabilità e deliverable, includendo: setup sistemi, attivazione canali, import anagrafiche, configurazione Piani Sanitari , test end-to-end, formazione e comunicazione agli iscritti.

A tal fine il Candidato dovrà compilare la tempistica prevista per ciascuna delle macro fasi di seguito indicate e ove ritenuto necessario ulteriormente dettagliate.

Fase	Attività	Output	Responsabile	Tempistica
Kick-off	Allineamento requisiti e governance	Verbale e piano operativo		T0 + [●] gg
Setup	Configurazione polizza e workflow	Ambienti configurati		T0 + [●] gg
Import	Caricamento anagrafiche e verifiche	Anagrafiche validate		T0 + [●] gg
Go-live	Attivazione servizi	Servizi operativi		[GG/MM/AAAA]

## 6.2 Partecipazione al Comitato tecnico scientifico del Fondo e incontri periodici

Il Fondo si è dotato di un Comitato Tecnico Scientifico a cui partecipano - oltre alla Presidenza e alla Direzione Generale - Esperti Attuariali, Legali e Medici. Con cadenza quadrimestrale, saranno chiamati a partecipare al Comitato referenti del Partner Assicurativo, con l'obiettivo di monitorare KPI, sinistrosità, qualità del servizio, iniziative di prevenzione e interventi correttivi.

Il Partner indicherà un Key Account Manager e un Service Manager dedicati, con recapiti e reperibilità.

## 7. Struttura dell'offerta economica

L'offerta economica dovrà essere presentata secondo il modello di cui all'Allegato 5 e includere almeno:

- Premio pro capite (annuo) e premio complessivo, con dettaglio per categorie di assistiti.
- Spese di gestione/commissioni e relativa base di calcolo.
- Indicazione dei parametri di adeguamento/revisione (es. in funzione della sinistrosità) e relativo metodo.
- Indicazione franchigie, scoperti e massimali.

Il Candidato dovrà specificare eventuali condizioni migliorative proposte e i relativi impatti economici.

## 8. Criteri di valutazione

Il punteggio massimo complessivo è pari a 100 punti: 75 punti per l'offerta tecnica e 25 punti per l'offerta economica. La valutazione economica è effettuata solo per le offerte che superano la soglia minima di qualità tecnica pari a 40/75.

Per i criteri tecnici e per gli elementi economici valutati con giudizio, la Commissione attribuisce un coefficiente compreso tra 0 e 1 secondo la seguente scala: 0 = non rispondente; 0,25 = molto carente; 0,50 = sufficiente; 0,75 = buono; 1,00 = ottimo. Il punteggio del sub-criterio è dato da coefficiente x punteggio massimo.

La valutazione avverrà secondo il criterio dell'offerta più vantaggiosa ovvero misurata contestualmente in termini di solidità patrimoniale, esperienza, efficienza e qualità dei servizi, affidabilità e condizioni economiche, secondo pesi e sotto - criteri indicativi riportati di seguito, nel rispetto dei principi generali di trasparenza, parità di trattamento e proporzionalità.

Macro-criterio	Sub-criterio	Punteggio max	Modalità di attribuzione	Evidenze richieste
<b>A) Valutazione tecnica - max 75 punti</b>				

<b>Macro-criterio</b>	<b>Sub-criterio</b>	<b>Punteggio max</b>	<b>Modalità di attribuzione</b>	<b>Evidenze richieste</b>
A.Capacità economico finanziaria e specializzazione	A.1Solvency Ratio>Minimo requisito	1	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Dati Bilancio
A. Capacità economico finanziaria e specializzazione	A1 Premi ramo Malattia/Totale Premi. A2 Premi malattia collettive/Totale premi malattia. A3 Combined ratio ramo malattia media ultimi 3 anni. A4 Numero forme collettive sanità integrativa e fondi sanitari gestiti negli ultimi 3 anni. A5 Numero iscritti alle forme collettive sanità integrative e a fondi sanitari gestiti negli ultimi 3 anni. A6 Numero rimborsi erogati per prestazioni dirette negli ultimi 3 anni. A7 Numero rimborsi erogati per prestazioni indirette negli ultimi 3 anni. A8 Importo rimborsi erogati per prestazioni dirette negli ultimi 3 anni. A9 Importo rimborsi erogati per prestazioni indirette negli ultimi 3 anni.	4	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Dati Bilancio
B. Piano sanitario e coperture	B1 Ampiezza e coerenza delle coperture rispetto al perimetro richiesto	8	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Relazione tecnica; estratto condizioni
B. Piano sanitario e coperture	B2 Condizioni migliorative (massimali/franchigie/scoperti/estensioni) e impatti	6	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Tabella comparativa; note attuariali
B. Piano sanitario e coperture	B3 Chiarezza limitazioni/esclusioni e facilità di utilizzo (guide, modulistica)	4	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Bozza guida Piano; modulistica

Macro-criterio	Sub-criterio	Punteggio max	Modalità di attribuzione	Evidenze richieste
B. Piano sanitario e coperture	B4 Servizi aggiuntivi e programmi prevenzione/health management (se proposti)	2	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Catalogo servizi; case study
C. Rete convenzionata e forma diretta	C1 Copertura territoriale e capillarità rete (per aree/regioni) e adeguatezza specialità	6	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Elenco rete; mappe; SLA accesso
C. Rete convenzionata e forma diretta	C2 Qualità rete (centri eccellenza, audit, indicatori qualità) e governance network	4	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Policy qualità; criteri accreditamento
C. Rete convenzionata e forma diretta	C3 Processo autorizzazioni, presa appuntamento e gestione aree scoperte	3	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Flussi; SLA; escalation
C. Rete convenzionata e forma diretta	C4 Gestione reclami su rete e meccanismi sostituzione/integrazione strutture	2	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Procedura reclami; tempi sostituzione
D. Gestione sinistri e liquidazioni	D1 Processo end-to-end rimborsi (indiretta) e controlli di completezza documentale	5	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Workflow; esempi comunicazioni
D. Gestione sinistri e liquidazioni	D2 SLA di liquidazione, accuratezza e gestione integrazioni documentali	4	Coeff. 0-1 (scala) x punti	SLA/KPI proposti; report campione
D. Gestione sinistri e liquidazioni	D3 Presidi antifrode e appropriatezza (controlli, second opinion, medico-legale)	3	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Policy antifrode; KPI; governance
D. Gestione sinistri e liquidazioni	D4 Gestione reclami e contenzioso (tempi, tracciabilità, cause analysis)	2	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Procedura; metriche; esempi
E. Customer care e canali	E1 Contact center: copertura oraria, multicanale, qualità (ASA/abbandono) e callback	4	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Organigramma; SLA; report campione
E. Customer care e canali	E2 Portale/App: funzionalità self-service, tracking pratiche, accessibilità e UX	6	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Demo/screenshot ; schede funzionali
E. Customer care e canali	E3 Comunicazione e materiali per iscritti/aziende (guide, FAQ, campagne)	2	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Esempi materiali; piano comunicazione
F. Sistemi informativi e reporting	F1 Integrazioni e sicurezza (API/SSO, logging, cifratura, BC/DR)	3	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Architettura; RTO/RPO; certificazioni

Macro-criterio	Sub-criterio	Punteggio max	Modalità di attribuzione	Evidenze richieste
F. Sistemi informativi e reporting	F2 Reporting standard e ad hoc, data dictionary, qualità dati	3	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Template report; dizionario dati
F. Sistemi informativi e reporting	F3 Dashboard e supporto decisionale (sinistrosità, trend, forecast)	1	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Esempi cruscotti; metodologie
G. Governance e start-up	G1 Piano di avvio e migrazione (milestone, test, formazione, comunicazione)	1	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Piano progetto; Gantt; RACI
G. Governance e start-up	G2 Modello di governance (KAM/SM, comitato, miglioramento continuo)	1	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Calendario incontri; escalation
<b>B) Valutazione economica - max 25 punti</b>				
Offerta economica	E1 Premio complessivo annuo (o premio pro capite equivalente)	15	Punteggio = (Pmin / Poff) x 20	Allegato B compilato; dettaglio per categorie
Offerta economica	E2 Spese di gestione/commissioni e fee ammissibili	5	Punteggio = (Cmin / Coff) x 5	Allegato B; evidenza base di calcolo
Offerta economica	E3 Meccanismi di revisione premio e condizioni economiche (cap, stop-loss, trasparenza)	3	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Clausole; esempi calcolo; limiti
Offerta economica	E4 Condizioni migliorative con impatto economico (sconti, riduzioni, extra gratuiti)	2	Coeff. 0-1 (scala) x punti	Sintesi migliorative; quantificazione impatto

## 9. Condizioni contrattuali essenziali

### 9.1 Schema di contratto e polizza

Lo schema di contratto e le condizioni di polizza saranno parte integrante della documentazione di gara. Il concorrente dovrà accettare integralmente le condizioni essenziali, fatta salva la possibilità di proporre miglioramenti non in contrasto con le previsioni del Fondo. Non sono in tal caso previste maggiorazioni e/o criteri premiali nell'attribuzione del punteggio.

## 9.2 Penali e service credit

In caso di mancato rispetto degli SLA e dei KPI concordati, potranno essere applicati service credit e/o penali, secondo lo schema riportato in Allegato 4 (da finalizzare in sede contrattuale), oltre a eventuali azioni correttive ed escalation.

## 10.3 Subappalto e subfornitura

L'eventuale utilizzo di subfornitori (es. network, call center, piattaforme) dovrà essere dichiarato ed accettato per iscritto dal Fondo, con indicazione dei ruoli privacy e delle misure di controllo. Il Partner rimane unico responsabile verso il Fondo.

## 10.4 Recesso, risoluzione e gestione transizione

Il contratto stipulato all'esito della procedura di selezione dovrà prevedere clausole di recesso con un congruo preavviso reciproco non inferiore ad almeno 6 mesi sia nell'ipotesi di mancato rinnovo di cui al punto 2.3 sia in ragione di eventuali altre ragioni.

Dovrà altresì prevedere una clausola di risoluzione ex art. 1456 c.c. dello stesso Contratto, in caso di grave inadempimento contrattuale, fatto salvo il risarcimento per il maggior danno (in caso, a titolo esemplificativo di subappalto delle prestazioni contrattuali senza autorizzazione da parte del Fondo, cessione del contratto, oppure ancora dopo tre inadempienze contestate tramite raccomandata A.R., o posta elettronica certificata (PEC) in ordine alla perfetta esecuzione del servizio, o revoca dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa) e un piano di transizione (exit management), inclusi: restituzione dati, portabilità, continuità assistenza, tempi e responsabilità.

# 11. Modalità di presentazione dell'offerta

I concorrenti dovranno presentare l'offerta entro il termine indicato nella lettera di invito, secondo le seguenti componenti:

1. Documentazione amministrativa (requisiti e dichiarazioni).
2. Offerta tecnica (relazione e allegati, inclusi esempi di report e descrizione piattaforme).
3. Offerta economica (secondo Allegato 5).

L'offerta tecnica dovrà includere almeno: descrizione organizzativa, processi, SLA, rete convenzionata, soluzioni digitali, reporting, piano di avvio, piano privacy e sicurezza, proposte migliorative.

## 11.1 Q&A e richieste di chiarimento

Eventuali richieste di chiarimento dovranno essere trasmesse esclusivamente tramite il canale indicato nella documentazione di gara entro il termine previsto. Le risposte del Fondo saranno rese disponibili a tutti i concorrenti con le medesime modalità, nel rispetto della parità di trattamento.

Punto di contatto (da compilare): Tommaso Savio Martinico – salutesempre@pec.it – 06.37.35.04.33.

## 12. Cronoprogramma della procedura

Fase	Data indicativa	Note
Pubblicazione/Invito	[14/04/2026]	
Q&A e richieste chiarimenti	Data di presentazione [30/04/2026] Data di risposta ai Candidati [11/05/2026]	Canale ufficiale: via PEC
Scadenza presentazione offerte	[18/05/2026]	Ore [12,00]
Valutazione tecnica	[16/06/2026] - [02/07/2026]	
Valutazione economica	[06/07/2026]	
Aggiudicazione	[22/07/2026]	Ore [14,00]
Avvio	[01/01/2027]	

## 13. Allegati

- Allegato 1A - Piano Sanitario Titolari
- Allegato 1B – Piano Sanitario Titolari
- Allegato 2 - Piano Sanitario Familiari e Coniugi fiscalmente a carico
- Allegato 3 – Piano sanitario Pensionati
- Allegato 4 - Schema SLA e KPI (con soglie e penali)
- Allegato 5 – Schema offerta economica