

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI "FEDERICO II"

AVVISO DI CHIARIMENTI N°5

GARA 2/S/2024 – SERVIZIO ASSICURATIVO ATTRAVERSO LA STIPULA DI POLIZZE SANITARIE INTEGRATIVE, PER IL PERSONALE DOCENTE, RICERCATORE E TECNICO-AMMINISTRATIVO (PTA A TEMPO DETERMINATO, PTA A TEMPO INDETERMINATO, COLLABORATORE ESPERTO LINGUISTICO) DI ATENEO, CON ADESIONE FACOLTATIVA DEL NUCLEO FAMILIARE. – CIG: B356DDE6E9

È pervenuto a questa Amministrazione il quesito relativo alla procedura di gara di cui in oggetto, che si riporta nel seguito, con la risposta a cura del Responsabile Unico del Progetto.

Quesito n° 6)

“Spettabile Stazione Appaltante, ai fini della possibile partecipazione alla procedura di cui all’oggetto dell’operatore economico scrivente, si chiede di fornire riscontro alle seguenti richieste di chiarimenti.

1) A pagina 8 del Capitolato, all’art. 1.2 “Soggetti assicurati”, si legge: “[...] b) Soggetti assicurati mediante adesione facoltativa al Piano Sanitario: I Titolari possono estendere facoltativamente e a proprio carico la copertura del Piano Sanitario all’intero nucleo familiare o a singoli componenti del proprio nucleo familiare intendendosi per tali: • il coniuge; • il convivente more uxorio, la persona designata come coniuge da contratti di convivenza (same sex partner), purché risultanti dallo stato di famiglia; • i figli del dipendente conviventi risultanti dallo stato di famiglia; • i figli del dipendente non conviventi purché fiscalmente a carico.” Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente di indicare, se disponibile, la numerosità di suddetta popolazione che potrebbe aderire facoltativamente al Piano Sanitario.

2) A pagina 17 del Capitolato, all’art. 1.21 “Clausola Broker”, al comma 3. si legge: “La remunerazione del Broker è a carico della società aggiudicataria nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 9,30% (novevirgolatrentapercento); tale percentuale spettante al Broker potrà subire successive variazioni in vigore di polizza, a seguito dell’affidamento del servizio in conseguenza dell’espletamento di successiva procedura di gara.” Poiché ai fini della corretta valutazione e della quantificazione dell’esposizione derivante da tale rischio è necessario conoscere con certezza l’aliquota provvigionale a carico della Compagnia per l’intera durata contrattuale, si chiede cortese conferma che nel caso in cui, a seguito dell’eventuale affidamento del servizio di brokeraggio in conseguenza dell’espletamento di successiva procedura di gara, la sopracitata aliquota provvigionale subisca una variazione in aumento rispetto alla misura del 9,30%, resti a carico della Compagnia aggiudicataria l’onere nella misura del 9,30%. Qualora non si confermasse, si chiede cortese conferma che la Compagnia aggiudicataria abbia la possibilità di esercitare il diritto al recesso dal contratto quando la stessa verrà messa a conoscenza delle modifiche intervenute nelle condizioni di brokeraggio.

3) Con riferimento alla garanzia prevista all’art. 3.3 “Alta specializzazione”, a pagina 25 del Capitolato, si chiede cortese conferma che:

- 1. per l’attivazione della garanzia sia necessaria prescrizione medica con quesito diagnostico;*
- 2. le prestazioni in elenco siano previste solo in regime ambulatoriale;*
- 3. le prestazioni endoscopiche siano esclusivamente a fini diagnostici;*
- 4. i limiti di indennizzo previsti sia nell’ambito delle strutture convenzionate sia al di fuori delle strutture convenzionate siano da applicare per accertamento/ciclo di terapia.*



4) Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.4 "Visite specialistiche / Esami di laboratorio", a pagina 26 del Capitolato, si chiede cortese conferma che:

1. per l'attivazione della garanzia sia necessaria prescrizione medica con quesito diagnostico;
2. le sole prestazioni ricomprese in questa garanzia siano visite specialistiche ed esami di laboratorio, conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

5) Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.5 "Medicinali", a pagina 27 del Capitolato, si chiede cortese conferma che il massimale annuo di € 100,00 sia da intendersi per nucleo familiare.

Si chiede inoltre cortese conferma che la franchigia pari ad € 10,00 sia prevista per ogni scontrino.

6) Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.6 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio", a pagina 27 del Capitolato, si chiede cortese conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessario un certificato di Pronto Soccorso.

7) Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.6 "Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio", a pagina 27 del Capitolato, si legge "[...] siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione".

Si chiede cortese conferma che le terapie siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo sia comprovato dal documento di spesa.

Si chiede inoltre cortese conferma che non rientrino in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

8) Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.7 "Lenti e/o Lenti a contatto (escluse montature)", a pagina 27 del Capitolato, si chiede cortese conferma che la franchigia pari ad € 50,00 sia prevista per fattura/persona.

9) In relazione all'art. 3.11 "Garanzia per stati di non autosufficienza" del Capitolato, al fine di valutare correttamente i sinistri ed evitare contenziosi, si chiede gentilmente conferma che sia possibile definire come segue gli atti di cui all'art.3.11.2 – Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo:

Ø Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio

Ø Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo

Ø Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente

Ø Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

Si chiede inoltre conferma che "[...] le altre modalità in base alla diversa richiesta dell'assicurato" siano il rimborso spese o l'erogazione dei servizi di assistenza come normato all'art 3.11.

10) Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.14 "PACCHETTO MATERNITA'", a pagina 30 del Capitolato, si chiede cortesemente:

1. di indicare se le prestazioni ivi previste debbano essere previste nell'ambito delle strutture convenzionate e/o al di fuori delle strutture convenzionate;

2. di indicare i limiti di indennizzo (scoperto, minimo non indennizzabile, franchigia) previsti nell'ambito delle strutture convenzionate e/o al di fuori delle strutture convenzionate.

11) Con riferimento all'Offerta Tecnica, in corrispondenza del criterio n.4 si legge: "SEZIONE 3 Art. 3.3 Alta Specializzazione. Riduzione dell'importo minimo a carico dell'Assicurato in caso di prestazioni al di fuori delle strutture convenzionate.". Si chiede cortese conferma che, qualora sia offerta la miglioria "Riduzione da € 75 a € 50", resti inalterato lo scoperto previsto da Capitolato per tale garanzia. In altre parole, si chiede conferma che, qualora sia offerta tale miglioria, il limite di indennizzo in caso di prestazioni al di fuori delle strutture convenzionate diventi "scoperto 10% con minimo a carico dell'Assicurato pari a € 50 per prestazione".



12) Con riferimento all'Offerta Tecnica, in corrispondenza del criterio n.6 si legge: "SEZIONE 3 Art. 3.4 Visite specialistiche / Esami di laboratorio. Riduzione dell'importo minimo a carico dell'Assicurato in caso di prestazioni al di fuori delle strutture convenzionate."

Si chiede cortese conferma che, qualora sia offerta la miglioria "Riduzione da € 80 a € 70", resti inalterato lo scoperto previsto da Capitolato per tale garanzia. In altre parole, si chiede conferma che, qualora sia offerta tale miglioria, il limite di indennizzo in caso di prestazioni al di fuori delle strutture convenzionate diventi "scoperto 20% con minimo a carico dell'Assicurato pari a € 70 per prestazione".

Risposta al Quesito n° 6)

Con riferimento al **punto 1)** Si rinvia all'Avviso di chiarimenti n. 3 punto 2).

Con riferimento al **punto 2)** Si rappresenta che l'aliquota provvigionale di 9,30% resta invariata fino a scadenza naturale del 09.09.2025. Si rappresenta, inoltre, che è già prevista l'opzione di proroga per 12 mesi (fino al 09.09.2026), a parità di condizioni. Eventuali variazioni in aumento, a seguito di aggiudicazione di nuova procedura di gara, resteranno a carico della Compagnia assicurativa, fatti salvi gli ordinari rimedi per le ipotesi di eccessiva onerosità sopravvenuta.

Con riferimento al **punto 3):**

1. Si conferma, come precisato alla Sezione 2 del Capitolato – Modalità di erogazione e criteri di liquidazione.
2. Le prestazioni in elenco si intendono extraospedaliere, non effettuate in regime di ricovero.
3. Si conferma. Le prestazioni endoscopiche sono rimborsabili esclusivamente se effettuate a fini diagnostici.
4. Si conferma, come specificato all'art. 3.3 del Capitolato, i limiti di indennizzo sono da applicarsi per ogni singola prestazione.

Con riferimento al **punto 4):**

1. Si conferma, come precisato alla Sezione 2 del Capitolato – Modalità di erogazione e criteri di liquidazione.
2. Si conferma. Le prestazioni sono quelle elencate all'art. 3.4 del Capitolato, ossia visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Con riferimento al **punto 5)** Non si conferma. Il massimale annuo di € 100,00 non è da intendersi per nucleo familiare, perché come precisato nell'Allegato B, i massimali del piano sono da intendersi per persona. Con riferimento alla franchigia pari ad € 10,00, si conferma che è prevista per ogni scontrino.

Con riferimento al **punto 6)** Per l'attivazione della garanzia non è necessario un Certificato di Pronto Soccorso. Tuttavia, la documentazione medica deve attestare che la prestazione è richiesta/effettuata come conseguenza di infortunio.

Con riferimento al **punto 7):**

- Si conferma le prestazioni devono essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa o da altro documento che lo attesti e sia verificabile.
- I trattamenti possono essere svolti all'interno di un centro specializzato ed eseguiti da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

Con riferimento al **punto 8)** La franchigia relativa alla garanzia lenti e/o lenti a contatto è da applicarsi per fattura/persona.

Con riferimento al **punto 9):** Si confermano le definizioni formulate. Con riferimento alle "[...]altre modalità in base alla diversa richiesta dell'assicurato" sono da intendersi, ferma la concorrenza mensile di € 1.000 per assicurato, come liquidazione richiedibile dall'assicurato in una unica soluzione o più soluzioni in base alla richiesta dell'assicurato.

Con riferimento al **punto 10):**

1. Con riferimento alla garanzia prevista all'art. 3.14 "PACCHETTO MATERNITÀ", a pagina 30 del Capitolato, si conferma che "[...] la Società provvede al rimborso delle prestazioni sottoelencate [...]" pertanto la garanzia è fruibile esclusivamente con il regime rimborsuale di cui all'Art. 2.2 - Regime rimborsuale, e quindi presso le strutture sanitarie scelte dall'Assicurato.

2. Non sono previsti scoperti e/o franchigie.

Con riferimento al **punto 11)** Si conferma.

Con riferimento al **punto 12)** Si conferma.

Quesito n° 7) e n° 8)

"Buonasera, in riferimento alla procedura in oggetto si richiede: con riferimento all'art 3.6 del capitolato - Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio nell'ambito delle strutture convenzionate- si chiede se la franchigia da applicare sia riferita al trattamento, inteso come singola seduta, oppure al ciclo di sedute, inteso come un insieme di trattamenti. Cordiali saluti".

Risposta al Quesito n° 7) e n° 8)

La franchigia si intende applicata al ciclo di sedute, inteso come un insieme di trattamenti, con la precisazione che la domanda di rimborso di un ciclo di terapie deve essere unica per poter essere considerato come singolo sinistro.

Quesito n° 9)

"Spettabile Stazione Appaltante, ai fini della possibile partecipazione alla procedura di cui all'oggetto dell'operatore economico scrivente, si chiede di fornire riscontro alle seguente richiesta di chiarimento.

1. Al Capitolato di gara, pag. 12 lettera e) "Art. 1.6 - Obblighi dell'Assicuratore -Attività di supporto", si legge "La Società, inoltre dovrà impegnarsi a mantenere costante, per tutta la durata del contratto, compresi eventuali proroghe, almeno il numero dei centri convenzionati su territorio nazionale dichiarati in gara..."; al Disciplinare di gara, pag. 20 lettera b), si ribadisce quanto suindicato.

Si chiede pertanto conferma che la rete richiesta e il relativo impegno siano in capo alla Società partecipante alla procedura e che, quanto indicato al punto a) del Disciplinare pag. 19, costituisca refuso, in quanto alla Cassa sarà richiesta:

- iscrizione all'anagrafe dei Fondi sanitari
- avere finalità assistenziali
- essere abilitata a norma di legge a ricevere i contributi.

Con osservanza".

Risposta al Quesito n° 9)

1. Si conferma quanto indicato al punto 12 lettera e) Art. 1.6 del Capitolato tecnico. La rete di strutture convenzionate deve essere garantita dalla Società aggiudicataria.

Quesito n° 10)

"Spett.le Stazione Appaltante, con riferimento al CCNL servizi di call center tlc indicato nel disciplinare di gara, si chiede cortesemente di poter specificare quale sia il relativo codice CNEL al fine di poter effettuare il corretto confronto tra il predetto contratto e quello applicato dal concorrente. Nel ringraziare anticipatamente, rinnoviamo i nostri migliori saluti".

Risposta al Quesito n° 10)

Il codice CNEL di riferimento è il H685.

La Responsabile Unico del Progetto

Dott.ssa Francesca Formica

[f.to digitalmente](#)

