

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI “FEDERICO II”

AVVISO DI CHIARIMENTI N°4

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 ATENEIO, 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 per i quesiti di carattere tecnico a cura del Responsabile Unico del Progetto e per i quesiti di carattere amministrativo a cura della Dirigente dell'Area Attività Contrattuale.

Quesito n° 5)

“Spett.le Stazione Appaltante, siamo con la presente a rivolgerci cortesemente le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla procedura in oggetto:

1. Con riferimento alla tabella “stima costi manodopera” di pag. 9 del disciplinare di gara, si chiede conferma che nel calcolo dei costi di manodopera, il concorrente, che è Compagnia di Assicurazione, possa anche prevedere ulteriori voci di manodopera, per le quali indica il proprio CCNL di riferimento (nel caso dello scrivente ANIA J121 per i dipendenti). Si chiede, inoltre, conferma che il concorrente possa utilizzare una logica diversa da quella del personale esclusivamente dedicato ma bensì fondata sulla stima delle ore /uomo che si ipotizzano necessarie per la commessa. Tale approccio conduce ad un costo di manodopera notevolmente inferiore rispetto a quello indicato nel disciplinare di gara. Si chiede, pertanto, conferma che il criterio appena esposto sia ritenuto legittimo dalla Stazione Appaltante.

2. Con riferimento al requisito di cui al § 7.3” Requisiti di capacità tecnica e professionale” lett. d) del Disciplinare di gara, si chiede conferma che la comprova possa essere fornita mediante produzione dei certificati di polizza emessi dalla Compagnia con indicazione dell'oggetto, dell'importo, del numero di assicurati e del periodo di copertura.

3. Si chiede conferma che con riferimento al requisito esecutivo di cui al §12 “Condizioni di esecuzione” inerente la rete di strutture convenzionate:

· lo stesso possa essere messo a disposizione dalla Compagnia (e non dalla Cassa), anche mediante subappalto a provider;

· trattandosi di requisito esecutivo, non si debba ricorrere all'istituto dell'avvalimento (che si applicherebbe per requisiti di partecipazione) nel caso in cui il concorrente si rivolga ad un provider, ma sia necessaria la dichiarazione di subappalto.

4. Con riferimento al Modello D “Dichiarazione sostitutiva familiari conviventi”, si chiede conferma che non sia necessario produrlo in sede di deposito, né per il concorrente né per l'eventuale ausiliaria.

5. Con riferimento all'Allegato A2 “Dichiarazioni integrative”, si chiede conferma che sia da considerare per non apposto il riferimento ai soggetti cessati citati, in quanto non previsti dall'articolo 94, comma 3 del Codice Appalti.

6. Con riferimento all'art. 1.4 del Capitolato tecnico, ultimo capoverso, considerato che la Compagnia di assicurazione e la Cassa Sanitaria non emettono fatture, si chiede conferma che in ipotesi di aggiudicazione il passaggio possa essere opportunamente riformulato in merito.

7. Con riferimento al numero telefonico dedicato da mettere a disposizione secondo quanto previsto a pagina 11 del Capitolato tecnico, si chiede conferma che possa essere attivato un numero “nero”, il cui costo dipende dalla tariffa che l'assicurato ha col proprio gestore telefonico (oggi la maggior parte della popolazione adotta una tariffa telefonica flat e pertanto l'adozione di un numero telefonico “nero” non comporterebbe un aggravio di costi per la maggior parte degli assicurati). In denegata ipotesi, si chiede conferma che il numero verde sia solo per le chiamate da numero fisso, mentre non lo sia per cellulari e chiamate dall'estero.

8. Si chiede conferma che per i servizi web (accesso all'Area Riservata e App mobile) resi disponibili all'assicurato, sia possibile prevedere, per ragioni di maggiore sicurezza dei dati, un login a doppio fattore di autenticazione; l'accesso, pertanto, avverrà sempre in modalità MFA, ossia con invio di OTP su cellulare (che, insieme ad un indirizzo di e-mail univoca dovrà essere necessariamente registrato dall'assicurato).

9. Con riferimento alla seguente nota: “(i) Per le imprese artigiane la retribuzione del titolare si intende compresa nella percentuale minima necessaria. Per le imprese individuali e le società di persone il valore della retribuzione del titolare e dei soci è pari a cinque volte il valore della retribuzione convenzionale determinata ai fini della contribuzione INAIL” contenuta nell'Allegato A1) “Domanda di partecipazione”, si chiede conferma che si tratti di un refuso.

10. Capitolato Tecnico, Definizioni. Nella definizione di “Assicurato/Beneficiario” risulta menzionato anche il convivente more uxorio. La scrivente impresa di assicurazione – anche a seguito di rilievi formulati dall'IVASS nell'ambito di recenti sondaggi sulla trasparenza dei contratti assicurativi – sta eliminando questo termine dai propri testi contrattuali, sostituendolo con quello di “convivente di fatto”. Tale termine consente sia di evitare il ricorso a un latinismo – non gradito alla Vigilanza in un'ottica di chiarezza e semplificazione contrattuale – sia di garantire maggiore chiarezza e precisione, in quanto rinvia alla definizione di “convivenza di fatto” formalizzata all'art. 1, comma 36, della legge n. 76/2016, ossia la situazione di “due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile”, ossia ciò che normalmente si è sempre inteso utilizzando il termine di convivente more uxorio. Si chiede pertanto se: a. in caso di aggiudicazione, sia possibile operare tale sostituzione nel testo delle condizioni di assicurazione; b. se sia corretto ricomprendere nel Nucleo anche il soggetto legato all'Assistito da Unione civile (rif. Legge n. 76/2016).

11. Capitolato Tecnico, Definizioni. Nella definizione di “Centrale Operativa” si legge: “provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate”. Si chiede se il suddetto requisito possa ritenersi soddisfatto con la messa a disposizione all'Assicurato di un servizio, fruibile anche da web e da app, tramite il quale lo stesso visualizzi tutti i centri convenzionati disponibili, filtrabili anche a seconda delle prestazioni sanitarie erogate dagli stessi, e chiedi alla Centrale operativa, sempre via web, l'autorizzazione allo svolgimento della prestazione di cui abbia bisogno. Una volta ottenuta l'autorizzazione, però, sarebbe l'Assicurato stesso a dover contattare la struttura selezionata, normalmente per telefono, e prenotare l'appuntamento, senza che fosse la Società a svolgere tale attività.

12. Capitolato Tecnico, art. 1.7 – Criteri di liquidazione. Si chiede conferma che il termine di 30 giorni per evadere, respingere o sospendere la pratica valga solo con riferimento al regime rimborsuale.

13. Capitolato Tecnico, art. 3.7 – Lenti. Si formulano le seguenti richieste:

- si conferma che non sono indennizzabili le lenti da sole graduate?
- si conferma che tra le “lenti a contatto” non sono indennizzabili anche le cosiddette “usa e getta” (giornaliere)?
- È corretto prevedere un termine temporale massimo (es. 12 mesi) tra la data dell'attestazione di variazione del visus e quella dell'acquisto delle lenti di cui chiedere l'indennizzo.

14. Capitolato Tecnico, art. 4.2 – Esclusioni dall'Assicurazione. Si legge: “Premesso che la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati”. Si chiede conferma che anche per i soggetti in copertura obbligatoria valga lo stesso regime previsto per i familiari in caso di adesione facoltativa,

ovvero “Per i familiari inclusi in copertura sono esclusi gli infortuni e le malattie che siano l’espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all’inserimento in copertura”, di cui all’Allegato B.

15. Con riferimento a pag .25 del Capitolato tecnico, art. 3.2, si fa notare che per la prestazione “Diaria per Ricovero dovuto a grande intervento chirurgico” manca l’indicazione del numero massimo di giorni. Nel file 2_S_2024_REL_TEC_POLIZZA è invece presente (nella scheda di sintesi) l’indicazione di 90 giorni. Si chiede pertanto conferma che il numero di giorni sia 90.

16. Si chiede di ricevere indicazione dell’età media e della distribuzione sesso/età della popolazione da assicurare.

Nel ringraziare dell’attenzione riservataci, porgiamo i nostri migliori saluti”.

Risposta al Quesito n° 5)

Con riferimento al **punto 1)** Il valore del costo della manodopera è stato calcolato dalla Stazione Appaltante in fase di progettazione di gara, utilizzando come riferimento il CCNL Terziario Distribuzione Servizi (D.M. 19.05.2010 – prospetto nazionale per aziende con oltre 50 dipendenti e Settore servizi di call center tlc - dicembre 2022), determinato in apposite tabelle dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il costo del lavoro così determinato rappresenta una stima effettuata sulla base di valori di costo medi e non effettivi. Tale valore non è però imm modificabile dall’operatore economico nella formulazione della sua offerta, in quanto lo stesso, ai sensi dell’art.108, comma 9 D.lgs. n. 36/2023, sarà tenuto a indicare un valore relativo al costo della manodopera, riferito non a valori di costo medi, ma a costi del lavoro effettivi, basati su calcoli legati all’organizzazione del lavoro che l’operatore intende mettere effettivamente in campo in caso di aggiudicazione dell’appalto, in rapporto alle attività che dovrà eseguire secondo quanto indicato in Capitolato e nella propria offerta tecnica. I costi della manodopera indicati nell’offerta verranno poi verificati dalla Stazione Appaltante per valutarne la congruità nei termini previsti all’art. 110, comma 5 lett. c) e d) del D.lgs. n. 36/2023.

Con riferimento al **punto 2)** Si conferma.

Con riferimento al **punto 3):**

- In considerazione di quanto previsto dal punto 12 del Disciplinare di gara e dall’art. 1.6 del Capitolato, i requisiti di esecuzione possono essere posseduti dalla Cassa o dalla Compagnia aggiudicataria;
- Si conferma.

Con riferimento al **punto 4)** A titolo collaborativo si richiede che il Modello D) sia inserito nella documentazione amministrativa.

Con riferimento al **punto 5)** Si conferma.

Con riferimento al **punto 6)** Resta fermo il contenuto dell’articolo 1.4 del Capitolato, tenuto conto che la Legge del 24 dicembre 2007 n. 244 ha istituito l’obbligo della fatturazione elettronica verso le pubbliche amministrazioni . La ricezione delle fatture elettroniche avverrà secondo le specifiche contenute nel Decreto ministeriale 3 aprile 2013, n. 55 (“Regolamento in materia di emissione, trasmissione e ricevimento della fattura elettronica da applicarsi alle amministrazioni pubbliche ai sensi dell’articolo 1, commi da 209 a 213, della legge 24 dicembre 2007, n. 244”).

Con riferimento al **punto 7)** Ai sensi dell’articolo 1.6 del Capitolato, il numero telefonico da contattare deve considerarsi sempre senza oneri per l’Assicurato, dunque sia per le chiamate da numero fisso che per quelle da mobile.

Con riferimento al **punto 8)** Si conferma.

Con riferimento al **punto 9)** L’Allegato A1 “Domanda di partecipazione” rappresenta un format e il periodo richiamato rappresenta una nota in calce rilevante solo in caso di imprese artigiane.

Con riferimento al **punto 10):**

a) Si conferma che, in caso di aggiudicazione, è possibile operare tale sostituzione nel testo delle condizioni di assicurazione;

b) È corretto ricomprendere nel Nucleo anche il soggetto legato all'assistito da Unione civile.

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

Con riferimento al **punto 12)** Si conferma. Per il regime di convenzionamento diretto si rimanda alla sezione 2, art. 2.1 del Capitolato.

Con riferimento al **punto 13):**

- Non si conferma, sono indennizzabili anche le lenti da sole graduate;
- Non si conferma, sono indennizzabili anche le cosiddette “usa e getta” (giornaliere);
- Non è corretto prevedere un termine temporale massimo tra la data dell'attestazione di variazione del visus e quella dell'acquisto delle lenti di cui chiedere l'indennizzo.

Con riferimento al **punto 14)** Per i soggetti in copertura obbligatoria vale quanto stabilito dall'articolo 4.2 del Capitolato, dove si legge “*la validità della copertura prescinde dalle condizioni fisiche degli Assicurati*”.

Per i soggetti in copertura obbligatoria non vale quindi quanto previsto per i soggetti (familiari) assicurati ad adesione facoltativa, ossia l'esclusione degli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento in copertura.

Con riferimento al **punto 15)** Si conferma.

Con riferimento al **punto 16)** Si rinvia all'Avviso di chiarimenti n. 3 punto 1).

La Responsabile Unico del Progetto

Dott.ssa Francesca Formica

[f.to digitalmente](#)

La Dirigente dell'Area Attività Contrattuale

Dott.ssa Rossella Maio

[f.to digitalmente](#)