

FAQ

Procedura aperta per l'affidamento del servizio di copertura assicurativa per una polizza collettiva di rimborso spese mediche per il personale tecnico amministrativo di Sapienza - CIG 85634828E5.

1) DOMANDA

Si richiede la situazione sinistri possibilmente relativa agli ultimi 5 anni.

RISPOSTA

Non esiste una situazione sinistri pregressa perché l'Università non ha polizze precedenti per la copertura dei rischi oggetto della procedura di gara.

2) DOMANDA

Si richiedono i sinistri ultimo triennio.

RISPOSTA

Si veda quanto risposto alla domanda 1.

3) DOMANDE

- a. Si chiede conferma che per il requisito dei servizi analoghi il triennio di riferimento sia 2017/2018/2019.
- b. Si chiede conferma che non trovi applicazione la norma sull'indicazione della terna di subappaltatori in quanto il comma 6 dell'art. 105 del Codice Appalti è sospeso fino al 31 dicembre 2021, in virtù delle modifiche apportate all'art.1 del DL n.32/2019 (convertito con modificazioni dalla legge n.55/2019), dall'art.13, comma 2 del DL 31.12.2020, n.183. e che pertanto il concorrente debba indicare, in caso di ricorso al subappalto, nel proprio DGUE solo un nominativo del subappaltatore.
- c. Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo ma che il concorrente debba solo, in caso di ricorso al subappalto, compilare la sezione D del DGUE indicando le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale.
- d. Per la comprova dei servizi analoghi si chiede conferma che, come per servizi prestati in favore di enti pubblici, anche per quelli prestati a favore di privati sia ammessa la copia conforme dei certificati.
- e. Nel "Capitolato speciale d'appalto", lett. H, pag. 17, è così disciplinata la garanzia STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC: "La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno una parte dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi) l'erogazione di un importo una tantum di Euro 5.000,00". A tale proposito:
 - si chiede di specificare cosa si intenda per perdita "permanente" dell'autosufficienza, anche con riferimento alla documentazione medica di supporto che l'assicurato dovrà presentare alla Compagnia assicurativa;
 - si evidenzia come tale garanzia operi usualmente con riferimento alla perdita di autosufficienza nel compimento di almeno 3 o 4 delle 6 attività elencate, da intendersi nella loro interezza, e non "di una parte" delle stesse, come qui previsto. La disposizione in commento, scritta in questi termini, comporta innanzitutto l'impossibilità di formulare una quotazione per questa garanzia. In secondo luogo, creerebbe notevoli problemi con riferimento al verificarsi del suo presupposto, atteso come risulti alquanto difficile circoscrivere, anche dal punto di vista medico, la "parzialità" della perdita di autosufficienza nello svolgimento delle suddette attività. Si richiede pertanto di riformulare il

passaggio nei termini sopra evidenziati, indicando cioè un numero minimo, rispetto alle 6 indicate, di attività rispetto al cui totale (e non parziale) svolgimento l'assicurato si trovi in una condizione di non autosufficienza;

- si chiede di precisare che la perdita di autosufficienza – sebbene potenzialmente riconducibile, come previsto dall'art. 2, a “situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza” – debba avvenire durante l'operatività della copertura, in modo che chi si trovasse già nello stato di non autosufficienza previsto non potrebbe ricevere l'indennità di € 5.000.

- f. Si chiede conferma che per domanda redatta in bollo si intenda che si debba apporre nel Modulo della Domanda di partecipazione una marca da bollo da euro 16,00.
- g. Si chiede conferma che non sia necessario apporre il timbro all'ultima pagina dell'offerta tecnica e di quella economica purché i predetti documenti siano firmati digitalmente dal legale rappresentante del concorrente.
- h. Si chiede, se possibile, di poter indicare la data di decorrenza della copertura sanitaria

RISPOSTE

- a. Ai sensi di quanto disposto dall'ANAC e da un consolidato orientamento giurisprudenziale, il triennio di riferimento è quello effettivamente antecedente la data di pubblicazione del bando (27/12/2017 – 27/12/2020).
- b. Si conferma che non occorre indicare la terna dei subappaltatori. In caso di ricorso al subappalto, il concorrente dovrà compilare la sezione D del DGUE indicando le prestazioni che intende subappaltare con la relativa quota percentuale; non occorre indicare il nominativo del subappaltatore.
- c. Sì, si conferma.
- d. Il disciplinare di gara, in coerenza con il Bando tipo n. 1 approvato dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1228 del 22/11/2017, in caso di servizi prestati a favore di committenti privati, prescrive la produzione di copia autentica dei certificati rilasciati dal committente privato.
- e. Con la dicitura espressa alla lett. H del Capitolato Speciale d'appalto “almeno una parte dei seguenti sei atti” deve intendersi “uno dei seguenti sei atti” e si conferma che la perdita di autosufficienza deve avvenire durante l'operatività della copertura.
- f. Sì, si conferma.
- g. Sì, si conferma.
- h. Come indicato nel dispositivo di indizione della procedura in argomento, la data presunta di decorrenza del servizio è il 31/05/2021.

4) DOMANDE

- a. Si chiede conferma che sia prevista l'intermediazione del broker Marsh, al quale l'aggiudicatario della gara dovrà corrispondere la percentuale di provvigione pari all'8,50%.
- b. Si chiede conferma che il valore complessivo annuo stimato a base d'asta pari a € 414.800,00 sia da intendersi lordo tasse.
- c. In riferimento alla garanzia STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC, presente nel Capitolato tecnico, si chiede conferma che tale garanzia sia prevista per ciascun assicurato che aderisca

alla copertura e quindi che l'indennità una tantum pari a € 5.000,00 sia riferita a persona. In caso contrario si chiede di fornire l'interpretazione corretta.

- d. Si chiede di fornire:
- Il numero dei nuclei fiscalmente a carico che si stima aderiranno alla copertura BASE;
 - Il numero dei familiari fiscalmente non a carico che si stima aderiranno alla copertura BASE;
 - Il numero dei dipendenti che si stima aderiranno alla copertura GOLD;
 - Il numero dei nuclei fiscalmente a carico che si stima aderiranno alla copertura GOLD;
 - Il numero dei familiari fiscalmente non a carico che si stima aderiranno alla copertura GOLD.
- e. Con riferimento alle due tabelle contenute nel DGUE, parte IV, sezione C, punto 2, si chiede conferma che:
- alla voce "Strutture/Centri medici" si debba indicare il numero totale risultante dalla somma delle strutture abilitate al ricovero notturno e dei centri medici non abilitati al ricovero notturno convenzionati in Italia;
 - alla voce "Medici dentisti" si debba indicare il numero totale dei dentisti convenzionati in Italia;
 - alla voce "sede" di entrambe le tabelle si debba inserire come sede "Italia", non potendo per ragioni di spazio inserire tutte le località ove hanno sede le varie strutture convenzionate rese disponibili dal concorrente. Si fa presente inoltre che le sedi delle strutture convenzionate saranno rese note nella fase di comprova dei requisiti tramite la presentazione degli elenchi dettagliati delle strutture convenzionate.
- f. Si chiede conferma che in caso di ricorso all'istituto del subappalto, nell'offerta economica debbano essere inseriti i soli costi della manodopera e della sicurezza della Compagnia concorrente e non quelli del subappaltatore, da intendersi già assorbiti nel corrispettivo che sarà dovuto in virtù del contratto di subappalto.

RISPOSTE

- a. Sì, si conferma.
- b. Sì, si conferma.
- c. Si conferma che tale garanzia sia prevista per ciascun assicurato che aderisca alla copertura e quindi che l'indennità una tantum pari a € 5.000,00 è riferita a persona
- d. I dati richiesti non sono conosciuti dall'Amministrazione.
- e. Come indicato nel punto 14.2 del disciplinare di gara, il concorrente può dichiarare di possedere tutti i requisiti richiesti dai criteri di selezione barrando direttamente la sezione «α» della parte IV del DGUE oppure, in alternativa, può compilare le sezioni previste. In tal caso, sarà sufficiente riportare il numero di ciascuna categoria tra quelle indicate al punto 7.3 lett. e) del disciplinare di gara. Con riferimento alla sede è possibile indicare il territorio nazionale, specificando il territorio di Roma e Provincia per il numero minimo indicato nel punto sopracitato del disciplinare di gara.
- f. Sì, si conferma.

5) DOMANDE

- a. Si chiede evidenza del numero complessivo di familiari non fiscalmente a carico a cui la copertura è rivolta (potenziali aderenti).
- b. Con riferimento agli artt. H) della Polizza Base e I) della Polizza Gold (Stati di non Autosufficienza consolidata/Permanente/LTC) si chiede di precisare:
- definizione dello stato di non autosufficienza;
 - quanti dei sei atti elementari di vita quotidiana indicati l'assicurato non deve essere nelle condizioni di svolgere per essere considerato non autosufficiente.

- c. Si richiede conferma che la facoltà di rinnovo di 3 anni esercitabile dall'Ente, al termine del primo triennio, non sia vincolante per l'Assicuratore.

RISPOSTE

- a. Il dato non è disponibile.
- b. Si precisa che per definizione "dello stato di non autosufficienza" si deve intendere la perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno uno dei sei atti elementari di vita quotidiana indicati alla lettera H - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC.
- c. Si conferma che la facoltà di rinnovo del servizio in argomento da parte dell'Amministrazione non è vincolante per la Compagnia aggiudicataria del servizio.

6) DOMANDE

- a. Si chiede conferma che l'inserimento delle prestazioni laserterapia, tecarterapia e onde d'urto nella garanzia Alta Diagnostica del Capitolato sia un refuso in quanto le predette prestazioni rientrano già nella garanzia Visite Specialistiche ed Esami Diagnostici di Laboratorio del Capitolato al cui interno sono previsti i trattamenti fisioterapici.
- b. Si chiede di poter precisare meglio cosa si intenda per motivi di urgenza che non consentono il preventivo ricorso all'autorizzazione della Centrale Operativa.

RISPOSTE

- a. Non si tratta di refuso, in quanto vi sono Compagnie che prevedono la garanzia in entrambe le voci di spesa.
- b. Si precisa che per "motivo di urgenza" si intende una situazione di impossibilità certificata da un medico.

7) DOMANDA

Si chiede conferma che la conformità/autenticità dei certificati di buona esecuzione per la comprova dei servizi analoghi possa essere dichiarata dal legale rappresentante del concorrente.

RISPOSTA

Per la comprova del requisito di cui al punto 7.3 d) del disciplinare di gara:

- in caso di servizi prestati a favore di pubbliche amministrazioni o enti pubblici, potrà essere presentata, oltre all'originale, copia conforme dei certificati. In tal caso, se trattasi di certificati cartacei, la copia conforme potrà essere attestata dal legale rappresentante del concorrente; se trattasi di certificati digitali, la copia conforme dovrà essere rilasciata dal notaio.
- nel caso di servizi prestati a favore di committenti privati, potrà essere presentata, oltre all'originale, copia autentica dei certificati. In tal caso la copia autentica dovrà essere rilasciata dal notaio.

Si precisa, comunque, che la verifica del possesso dei requisiti generali e speciali avverrà, ai sensi dell'art. 85, comma 5 Codice, sull'offerente cui la stazione appaltante ha deciso di aggiudicare l'appalto.

8) DOMANDE

DISCIPLINARE DI GARA

- a. All'art. 3 "OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI" viene spiegata la presenza di diverse tipologie di polizze previste dall'appalto di gara, in particolare vi è:
- La possibilità di inclusione, da parte del dipendente, del proprio nucleo familiare fiscalmente a carico e/o dei familiari non fiscalmente a carico;
 - la possibilità di estendere la copertura a quella GOLD, sia per il dipendente che per i propri famigliari.

Si chiede all'Ente quale sia il minimo di adesione affinché ciascuna polizza facoltativa venga attivata.

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

- b. Alla lettera B) ALTA DIAGNOSTICA pagina 15 della Polizza Base si legge "(...) Per tale garanzia si applicherà una franchigia di € 75,00* (soggetto a miglioria tecnica) in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 30% con il minimo di € 70,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata." Si chiede conferma all'Ente che le prestazioni presenti nell'elenco fornito saranno liquidate per accertamento diagnostico o ciclo di terapia. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera B) ALTA DIAGNOSTICA della Polizza Gold.
- c. Alla lettera C) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE pagina 15 della Polizza Base si legge "(...) Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 20% con il minimo di € 70,00." Si chiede conferma all'Ente che la garanzia verrà liquidata per fattura / persona. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera C) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE della Polizza Gold.
- d. Alla lettera D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO pagina 16 della Polizza Base si legge "(...) Per tale garanzia si applicherà una franchigia di € 45,00* (soggetto a miglioria tecnica) in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 25% con il minimo di € 60,00* (soggetto a miglioria tecnica) in caso di non utilizzo della rete convenzionata" Si chiede conferma all'Ente che le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici e di laboratorio saranno liquidati per visita specialistica o accertamento diagnostico. Mentre le altre prestazioni previste dall'articolo saranno liquidate per fattura / persona, ad eccezione della garanzia assistenza infermieristica per cui è previsto un limite di Euro 52,00 giornaliero. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO della Polizza Gold.
- e. Alla lettera F) CURE DENTARIE pagina 16 della Polizza Base si legge "(...) Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del 10% con il minimo di € 50,00 in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto del 30% con il minimo di € 100,00 in caso di non utilizzo della rete convenzionata". Si chiede conferma le prestazioni previste dall'articolo saranno liquidate per fattura / persona. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera F) CURE DENTARIE della Polizza Gold.
- f. Alla lettera B) ALTA DIAGNOSTICA pagina 15 della Polizza Base, nell'elenco di prestazioni sanitarie e specialistiche rimborsate dalla società, l'amniocentesi è prevista sia singolarmente senza limiti di età sia associata ad altre prestazioni della gravidanza erogabili per donne con più di 35 anni di età. Si chiede all'Ente se l'amniocentesi singola costituisca un refuso, quindi le prestazioni amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi dovranno essere erogate alle donne con età > 35 anni o di indicare quale modalità di erogazione è prevista per l'amniocentesi. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera B) ALTA DIAGNOSTICA della Polizza Gold pagina 19 e seguenti.
- g. Con riferimento alla lettera A) OSPEDALIERE punto 2 Trasporto dell'assicurato pagina 14 della Polizza Base, si chiede conferma che la garanzia si intenda a rimborso. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera A) OSPEDALIERE punto 3 Trasporto dell'assicurato pagina 19 della Polizza Gold.
- h. Con riferimento alla lettera E) CURE ONCOLOGICHE a pagina 16 della Polizza Base, si chiede conferma che con "terapie" si intendano le terapie farmacologiche, risultando già previste alla lettera B) ALTA DIAGNOSTICA altre terapie per le patologie oncologiche come chemioterapia e radioterapia. Medesima richiesta è da intendersi applicata alla lettera E) CURE ONCOLOGICHE pagina 21 della Polizza Gold.

RISPOSTE

- a. Non è previsto un minimo di adesioni.
- b. Sì, si conferma.
- c. Sì, si conferma.
- d. Sì, si conferma.

- e. Sì, si conferma.
- f. Si conferma che l'“amniocentesi” singola è un rifiuto. Le prestazioni sanitarie e specialistiche amniocentesi/pre-natal safe/harmony test/villocentesi saranno erogate alle donne con età > 35 anni.
- g. Sì, si conferma.
- h. Con riferimento alla lettera E) CURE ONCOLOGICHE, con “terapie” non si intendono le sole terapie farmacologiche, sono comprese anche le terapie già previste alla lettera B) ALTA DIAGNOSTICA.

9) DOMANDE

- a. Si chiede conferma che la Società, in base all'art. 5 (Durata dell'assicurazione), è obbligata a garantire la copertura per gli ulteriori 3 anni se richiesti dalla Contraente o, nel caso, ha facoltà di negare tale opzione;
- b. Si chiede conferma che non è previsto il recesso annuale;
- c. Si chiede conferma che non è previsto il recesso per sinistro.

RISPOSTE

- a. La facoltà di rinnovo del servizio in argomento da parte dell'Amministrazione non è vincolante per la Compagnia aggiudicataria del servizio.
- b. Sì, si conferma.
- c. Sì, si conferma.