



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

PROCEDURA APERTA PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DELLA POLIZZA COLLETTIVA DI RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE A FAVORE DEL PERSONALE CONTRATTUALIZZATO DELL'ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA DI BOLOGNA CON ADESIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

RISPOSTE AI QUESITI II TRANCHE

Quesito n. 1:

1. Relativamente alla statistica sinistri, si chiede di fornire:
 1. un aggiornamento alla data più recente possibile dell'anno 2022
 2. i dati anche per l'anno 2019 e il rateo 2023
 3. l'elenco analitico dei sinistri aggiornato alla data più recente possibile
2. Si chiede di indicare il numero di titolari e numero di familiari anche per gli anni 2019 e 2023 (anno in corso); si chiede inoltre, per ciascuna annualità dal 2019 al 2023, di suddividere il numero di familiari tra coniuge/convivente e figli
3. Si chiede conferma che per accedere alle prestazioni e ottenere il rimborso delle spese previste all'art. 3 – Alta Specializzazione e art. 4 – Visite Specialistiche/Esami di Laboratorio sia necessaria prescrizione medica riportante quesito diagnostico.

Risposta al quesito n. 1:

Si risponde per punti:

1. Per le ulteriori informazioni richieste si vedano gli allegati al presente documento “*Documento informativo sinistri aggiornato*” e il “*Documento informativo sinistri 2019 aggiornato al 31.12.2021*”.
2. Per le ulteriori informazioni richieste si vedano gli allegati al presente documento “*Documento informativo sinistri aggiornato*” e il “*Documento informativo sinistri 2019 aggiornato al 31.12.2021*”.
3. Si conferma.

Quesito n. 2:

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. In relazione all'Art. 3 “Alta Specializzazione”, di cui a pagina 25 del Capitolato RSM, si chiede conferma che in caso di “laserterapia a scopo fisioterapico” la franchigia, lo scoperto ed il minimo indicati nel Capitolato in corrispondenza della suddetta garanzia si intendano applicati per ciclo di terapia.
2. Con riferimento alla “SEZIONE II – MODALITA' DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE” del Capitolato RSM, artt. 1 “Regime di convenzionamento diretto” e 2 “Regime rimborsuale”, si chiede all'Ente cortese conferma che la documentazione medica completa per la corretta valutazione di copertura delle prestazioni rese necessarie da infortunio comprenda copia del Certificato di Pronto Soccorso.
3. In relazione all'allegato 4 “Modulo offerta tecnica”, in corrispondenza dei criteri di valutazione n° 5 e 6 aventi ad oggetto i “Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio”, viene indicata impropriamente l'applicazione dei limiti di franchigia, scoperto e minimo per “accertamento”.



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

Si chiede conferma che, sia in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate sia in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate, i suddetti limiti debbano essere applicati per seduta.

4. In relazione all'**allegato 4 “Modulo offerta tecnica”**, si chiede conferma che i **criteri di valutazione siano 14**, mancando il criterio al quale sarebbe stato assegnato il numero identificativo n.8.
5. In relazione all'**art. 11 “Garanzia per stati di non autosufficienza” di cui alle pagine 29-30 del Capitolato RSM**, al fine di valutare correttamente i sinistri ed evitare contenziosi, si chiede gentilmente conferma all'Ente che sia possibile definire come segue gli atti di cui all'art. 11.2:
 - Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio
 - Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo
 - Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente
 - Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.
6. Nel **Disciplinare di gara, alla pag. 22 Art. 27** viene esplicitato che *“Per l'esecuzione del contratto l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, in qualità di Titolare del trattamento, nominerà l'Appaltatore Responsabile dei dati personali trattati in esecuzione dei compiti e delle funzioni stabiliti nel presente capitolato. Responsabile dell'attuazione delle misure a protezione dei dati personali per l'Università di Bologna è il Magnifico Rettore”*. Si rappresenta che un'eventuale nomina della Compagnia Assicuratrice a Responsabile del trattamento si porrebbe in contrasto con la normativa oggi vigente, per come anche chiarito dal Garante per la Protezione dei Dati personali con parere prot. 35874/139765 che si allega, per il quale *“appare evidente che il rapporto tra ente aggiudicante e impresa assicuratrice non possa configurarsi nei termini di titolare e responsabile del trattamento” e “la compagnia assicuratrice non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento”*. Pertanto, si chiede conferma che la Stazione Appaltante si atterrà a quanto indicato dall'Autorità Garante e che ogni riferimento, ovunque contenuto, nella legge di gara alla nomina di Responsabile del Trattamento dei dati personali sia da ritenersi quale non apposta (<https://www.garanteprivacy.it/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9169688>).

Risposta al quesito n. 2:

Si risponde per punti:

1. Si conferma;
2. Si conferma. Si specifica che il Certificato di Pronto Soccorso può essere sostituito da equivalente documentazione da parte di Specialista;
3. Non si conferma. Si specifica che i limiti si intendono applicati per ciclo di terapia;
4. Si conferma;
5. Si conferma;
6. Si rinvia alla rettifica dell'art. 27 del Capitolato tecnico nella formulazione così come modificata dal provvedimento Repertorio n. 4595/2023, Prot n. 206021 del 24.7.2023.

Quesito n. 3:

Siamo con la presente a rivolgerVi le seguenti richieste di chiarimento in relazione alla presente gara:



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

1. Ai fini dell'indicazione del numero di centri diagnostici di cui al punto 12 del "All. 4 - Modulo di Offerta tecnica" si chiede conferma che si possano considerare i centri diagnostici, i poliambulatori, le case di cura, i centri medici, i laboratori di analisi e i centri fisioterapici.

Risposta al punto 1): Si conferma;

2. Si chiede se nella Busta Amministrativa se debbano già inserire anche il Passoe e il DGUE del subappaltatore o se tali documenti debbano essere invece trasmessi solo a seguito dell'aggiudicazione della gara.

Risposta al punto 2): Il DGUE e il Passoe del subappaltatore dovranno essere trasmessi solo successivamente all'aggiudicazione e contestualmente all'istanza di autorizzazione del subappalto.

3. Si chiede conferma che nel caso la stazione appaltante eserciti l'opzione di proroga del contratto gli importi dei massimali del capitolato di polizza debbano intendersi riproporzionati alla durata della proroga stessa.

Risposta al punto 3): Gli importi dei massimali non vengono riproporzionati in base alla durata della proroga. Per la disciplina specifica si rinvia a quanto previsto dalla Sezione 1 "Condizioni generali di assicurazione", art. 1 "Durata del contratto" del Capitolato tecnico.

4. Nelle dichiarazioni integrative al DGUE (all. 3) si prevede che il concorrente dichiarerà di *essere idoneo ad assumere il ruolo di Responsabile del trattamento dei dati personali, e di essere consapevole che, in caso di aggiudicazione della gara sarà nominato dall'Amministrazione "Responsabile" o "Sub Responsabile" del trattamento dei dati personali*". La scrivente impresa di assicurazione ritiene che la nomina a "Responsabile del trattamento" non sia confacente alla modalità con cui verranno trattati i dati degli Assicurati. Considerando infatti che:

- i trattamenti svolti per l'erogazione della copertura assicurativa rappresentano l'attività tipica dell'impresa di assicurazione;
- l'impresa di assicurazione effettua un trattamento di dati personali per effetto del rapporto assicurativo e non per l'esecuzione di servizi per conto della stazione appaltante, soggetto quest'ultimo che raccoglie e tratta i dati per finalità diverse rispetto al fornitore del servizio assicurativo.

La scrivente reputa più corretto essere individuata quale "Titolare del trattamento", come pure chiaramente indicato dal Garante per la protezione dei dati personali (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019, di cui si riporta il seguente passaggio: "La società assicuratrice, aggiudicataria del servizio di copertura assicurativa, agisce, quindi, in qualità di autonomo titolare in quanto non pone in essere un trattamento di dati "per conto" dell'ente aggiudicante, circostanza questa che, peraltro, priverebbe la società medesima dell'autonomia necessaria ad una corretta valutazione e liquidazione del danno (spetta infatti a tale società, in base a proprie valutazioni interne, decidere se liquidare direttamente un sinistro senza particolari formalità, ovvero avviare più puntuali verifiche o anche resistere in giudizio). Non vi è dubbio, infatti, che l'ente aggiudicante e la compagnia assicuratrice perseguono interessi separati e distinti, come del resto emerge dalla citata normativa di settore che, nel definire in maniera dettagliata tutti gli aspetti dell'attività assicurativa, individua gli obblighi che ricadono sulle parti contraenti (in tal senso, v. anche artt. 1882 e ss. c.c.)". Alla luce di quanto detto, si rappresenta che, nell'ambito considerato, la compagnia assicurativa non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento (a tal riguardo cfr. provvedimento del 26 aprile 2007-cd. catena assicurativa, doc. web n. 1410057)". Pertanto, si chiede conferma che la seguente dichiarazione dell'All. 3 possa essere barrata in quanto non applicabile: ~~di essere idoneo ad assumere il ruolo di Responsabile del trattamento dei dati personali, e di essere consapevole che, in caso di aggiudicazione della gara sarà nominato dall'Amministrazione "Responsabile" o "Sub Responsabile" del trattamento dei dati personali~~" per l'Amministrazione ai sensi dell'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, contenente il Regolamento europeo sulla protezione dei dati (di seguito



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

~~anche “Regolamento UE” o “GDPR”), nonché della normativa italiana di adeguamento al GDPR, previa verifica dei requisiti richiesti dalla disciplina vigente, nazionale e comunitaria da parte dell’Amministrazione. In tal caso, si impegna a presentare all’Amministrazione le garanzie e ad adottare tutte le misure tecniche e organizzative idonee ed adeguate ad adempiere alla normativa e regolamentazione in vigore sul trattamento dei dati personali e si impegna ad eseguire quanto necessario per ottemperare a qualsivoglia modifica delle Norme in materia di Trattamento dei Dati Personali applicabili al trattamento dei Dati Personali, che generi nuovi requisiti (ivi incluse nuove misure di natura fisica, logica, tecnica, organizzativa, in materia di sicurezza o trattamento dei dati personali) per il Responsabile /Sub responsabile del trattamento dei dati personali collaborando, nei limiti delle proprie competenze tecniche, organizzative e delle proprie risorse, con il Titolare /Responsabile del trattamento affinché siano sviluppate, adottate e implementate misure correttive di adeguamento ai nuovi requisiti e alle nuove misure durante l’esecuzione del Contratto, senza oneri aggiuntivi a carico dell’Amministrazione;~~

Risposta al punto 4): Si conferma e si rinvia all’Allegato 3 del Disciplinare “*Dichiarazioni integrative al DGUE rettificato*”, così come modificato a seguito della rettifica della disciplina del trattamento dati di cui all’art. 27 del Capitolato tecnico da parte del provvedimento del Dirigente dell’Area del Patrimonio, Repertorio n. 4595/2023, Prot n. 206021 del 24.7.2023.

5. Si chiede conferma che per i servizi web (accesso all’Area Riservata e all’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).

Risposta al punto 5): Si conferma;

6. Si chiede se in caso la stazione appaltante eserciti la facoltà di rinnovo del contratto di 12 mesi l’aggiudicatario possa rifiutarla;

Risposta al punto 6): L’appaltatore ha facoltà di rifiutare il rinnovo del contratto.

7. Con riferimento all’art. 13.1 del disciplinare, si chiede conferma che l’imposta di bollo si possa considerare assolta se il concorrente inserisce nella busta amministrativa una dichiarazione ad hoc, in forma libera, apponendovi la marca e attestando il pagamento dell’imposta di bollo;

Risposta al punto 7): È possibile dimostrare di avere assolto il pagamento dell’imposta di bollo mediante apposizione di marca da bollo o indicazione del numero seriale sull’istanza di partecipazione, corredata da dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà attestante che la marca da bollo indicata non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento. Il concorrente si assume ogni responsabilità in caso di utilizzo plurimo dei contrassegni ai sensi di quanto previsto dall’art. 13.1 del Disciplinare di gara.

8. Si chiede conferma che il Fondo Sanitario contraente debba essere indicato dal Concorrente aggiudicatario, in caso contrario si chiede conferma che si tratti della Cassa Previline Assistance;

Risposta al punto 8): Si conferma che il Fondo Sanitario contraente è Cassa Previline Assistance alla quale possono aderire tutti gli operatori economici ammessi a partecipare alla procedura di gara. L’iscrizione alla Cassa Previline con comporterà alcun onere a carico della Compagnia. Il Concorrente aggiudicatario, dunque, non dovrà indicare il Fondo Sanitario.

9. Capitolato RSM – Definizioni. Alla definizione di “Assicurato/Beneficiario”, si legge: “*Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l’assicurazione, nello specifico [...] i figli, questi ultimi anche non conviventi purché fiscalmente a carico.*”. Si chiede se sia corretto interpretare che i figli dei Titolari, anche non conviventi, debbano essere in possesso del domicilio in Italia. La scrivente Compagnia fa infatti presente di non essere autorizzata all’esercizio dell’attività assicurativa in stati diversi dall’Italia e di poter pertanto assicurare esclusivamente persone fisiche che abbiano il loro domicilio in Italia e



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

siano dotate di codice fiscale italiano. Tale richiesta vale anche con riferimento alla definizione di “Nucleo Familiare” e a quanto descritto alla Sez. I – art. 2 (Soggetti assicurati).

Risposta al punto 9): Si conferma;

10. Capitolato RSM – Definizioni. Alla definizione di “Centrale Operativa” si legge: “*La Struttura che [...] 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 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 chieda 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.

Risposta al punto 10): Si conferma;

11. Capitolato RSM – Definizioni. Nel merito della definizione di “Franchigia”, si chiede conferma che la franchigia vada intesa come assoluta.

Risposta al punto 11): Si conferma;

12. Capitolato RSM – Sezione I. Art. 2 (Soggetti assicurati). Si legge: “*L'assicurazione è prestata in favore del personale [...] indipendentemente dalle condizioni fisiche degli assistiti*”. Si chiede di precisare se vadano considerate indennizzabili le prestazioni sanitarie rese necessarie da eventi verificatisi prima della decorrenza di polizza (ossia malattie già diagnosticate e infortuni già accaduti) nei confronti degli assicurati. In caso affermativo, si chiede di precisare se tale condizione valga solo nei confronti dei soggetti inseriti inizialmente in copertura oppure anche nei casi di inclusioni in corso di vigenza contrattuale. Tale richiesta vale anche con riferimento a quanto previsto alla Sez. IV – art. 2 (Esclusioni dall'assicurazione).

Risposta al punto 12): Si conferma;

13. Capitolato RSM – Sezione I. Art. 27 (Tutela della privacy). Si segnala che la corretta qualificazione soggettiva della Compagnia nell'ambito dell'affidamento di servizi assicurativi è quella di “Titolare del trattamento”, come confermato da provvedimento del Garante Privacy (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019).

Risposta al punto 13): Si rinvia alla risposta al quesito n. 2.6.

14. Capitolato RSM – Sezione II. Art. 1 (Regime di convenzionamento diretto). Nel caso in cui “*l'Assicurato non presenti la documentazione necessaria*” si chiede conferma che:

- a. la possibilità di integrarla in capo alla Società sia da intendere come richiesta di documentazione aggiuntiva nei confronti dell'Assicurato;
- b. In caso di risposta affermativa alla precedente domanda, che i 5 giorni richiesti per fornire l'esito dell'autorizzazione inizino a decorrere dal momento in cui la Compagnia ha ricevuto la documentazione completa.

Risposta al punto 14 a): Si conferma;

Risposta al punto 14 b): Si conferma;

15. Capitolato RSM – Sezione III. Art. 2 (Area Ricovero). Nell'ambito dell'ospedalizzazione domiciliare, si legge: “*La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con la Società, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto*”. Con riferimento alla valutazione preventiva del programma, si chiede conferma che:



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

- a) anche nel caso in cui l'assicurato voglia andare a rimborso, sia necessario concordare preventivamente il programma medico/riabilitativo con la Compagnia;
- b) le prestazioni dovranno sempre essere coerenti rispetto al programma concordato, e valutate preventivamente in caso di assistenza diretta, mentre in forma rimborsuale tale analisi sarà svolta solo a seguito della presentazione della richiesta di rimborso.

Risposta al punto 15 a): Si conferma;

Risposta al punto 15 b): Si conferma;

16. Capitolato RSM – Sezione III. Art. 5 (Medicinali). Si chiede conferma che la franchigia di 10€ indicata per il rimborso dei medicinali sia da intendersi per singola richiesta di rimborso e non da applicarsi sul totale delle spese complessive in concomitanza della prima prestazione eseguita. Tale richiesta vale anche con riferimento all'applicazione della franchigia di cui all'art. 7 (Lenti e/o lenti a contatto).

Risposta al punto 16: La franchigia di €10 relativa alle spese farmaceutiche è da intendersi per richiesta di rimborso. La franchigia relativa alla garanzia Lenti e/o lenti a contatto è da applicarsi per fattura e persona;

17. Capitolato RSM – Sezione III. Art. 7 (Lenti e/o lenti a contatto). Con riferimento alla presente garanzia, si formulano le seguenti richieste:

- a) si conferma che non sono indennizzabili le lenti da sole graduate?
- b) Per "lenti a contatto" si devono intendere anche le cosiddette "usa e getta" (giornaliere)?
- c) Nel caso in cui fosse confermato che la copertura non si estenda a malattie e infortuni pregressi, è corretto richiedere che la variazione del visus, in quanto evento che giustifica la necessità di acquistare le lenti, debba essersi verificata in vigenza di copertura?
- d) 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?

Risposta al punto 17 a): Non si conferma;

Risposta al punto 17 b): Si conferma;

Risposta al punto 17 c): Si conferma;

Risposta al punto 17 d): Si conferma.

18. Capitolato RSM – Sezione III. Art. 13 (Prevenzione delle malattie metaboliche). Si legge: "*Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate [...] verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale*". Si chiede di precisare a quale articolo contrattuale faccia riferimento il presente rinvio;

Risposta al punto 18): Si specifica che il riferimento sia relativo all'Art. 1 della Sezione II – Modalità di erogazione e criteri di liquidazione.

19. Art. 4 – Visite specialistiche / Esami di laboratorio - La Società provvede al pagamento, sino alla concorrenza annua di €50.000,00 per assicurato, delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Si chiede di precisare se sono compresi nella garanzia gli esami di laboratorio oppure gli accertamenti diagnostici;

Risposta al punto 19): Si specifica che sono compresi nella garanzia gli accertamenti diagnostici, compresi esami di laboratorio, prescritti da medico curante o specialista.

20. Art. 6 – Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio - Nell'ambito delle strutture convenzionate: applicazione di una franchigia di €70 per trattamento • Al di fuori delle



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

strutture convenzionate: applicazione di uno scoperto del 25% della somma liquidabile con il minimo a carico dell'Assicurato pari a € 70 per trattamento. Si chiede se per trattamento debba intendersi il ciclo di cura o la singola seduta;

Risposta al punto 20): Si specifica che per trattamento si intende il ciclo di cura.

21. Art. 11 – Garanzia per stati di non autosufficienza - Art. 11.1 - Condizioni di Assicurabilità - Si chiede di poter precisare la portata della garanzia dell'art. 11 e 11.1, anche rispetto alle modalità di erogazione delle somme da liquidare.

Risposta al punto 21): Si specifica che la garanzia si attiva nel solo caso di stato di non autosufficienza temporaneo, inteso come stato di salute reversibile. In tal senso la Società si impegna a garantire il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione dei servizi di assistenza sino alla concorrenza massima mensile di €1.000. Non viene prevista una validità temporale massima di 12 mesi per evento dal momento che la durata è legata ad uno stato di non autosufficienza momentaneo certificabile purché la spesa sanitaria venga sostenuta nel periodo di durata contrattuale.

Ai fini dell'operabilità della garanzia l'Assicurato deve rientrare in una delle condizioni indicate all'Art. 11.1 del Capitolato di Gara.

22. Capitolato RSM – Sez. I - Art. 6 – Obblighi dell'Assicuratore – Attività di supporto e assistenza Nell'ambito del “portale on-line dedicato alla gestione delle pratiche” si legge *“l'Università degli Studi di Bologna ed il Broker dovranno avere apposite credenziali per accedere ad un'area riservata per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”)”*. Si chiede conferma che, in osservanza della normativa richiamata, le informazioni messe a disposizione dell'Università e del Broker mediante l'area riservata non potranno avere ad oggetto c.d. “categorie particolari di dati” quali, ad es., dati sanitari acquisiti dalla Compagnia nell'ambito della gestione del sinistro.

Risposta al punto 22: Si conferma.

23. Capitolato RSM – Sezione I. Art. 27 (Tutela della privacy) - Si chiede conferma che la corretta qualificazione soggettiva della Compagnia nell'ambito dell'affidamento di servizi assicurativi sia quella di “Titolare del trattamento”, come confermato da provvedimento del Garante Privacy (rif. Doc. web n. 9169688 del 29 ottobre 2019).

Risposta punto 23): Quesito identico a quello del punto 13. Si rinvia alla risposta al quesito n. 2.6.

24. Cartella clinica - Si chiede conferma che la lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la Cartella clinica completa.

Risposta al punto 24: Si conferma.

25. Centro medico Si chiede conferma che per centro medico debba intendersi la struttura, anche non adibita al Ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici

Risposta al punto 25: Si conferma.

26. Indennità sostitutiva Si chiede conferma che l'indennità sostitutiva è erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

Risposta al punto 26: Si specifica che per indennità sostitutiva si intende l'importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico. Pertanto, non si conferma quanto riportato nella domanda di cui sopra.

27. Istituto di cura Si chiede conferma che non sono considerati istituti di cura:
- le case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
 - gli istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Risposta al punto 27: Si conferma.

28. Malattia Si chiede conferma che la gravidanza non è considerata Malattia.

Risposta al punto 28: Si conferma.

29. Ricovero Si chiede conferma che in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Risposta al punto 29: Si conferma.

30. Visita specialistica Si chiede conferma che sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

Risposta al punto 30: Sono oggetto di indennizzo anche le visite effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria riportanti una patologia. Si conferma che sono oggetto di indennizzo anche le prestazioni di telemedicina.

31. SEZIONE I – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE - Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio - Si chiede conferma che:

- Il premio per le categorie ad adesione obbligatoria è versato dal Contraente alla Compagnia entro 90 giorni dalla decorrenza della polizza;
- Il premio per le categorie ad adesione facoltativa è versato dal Titolare (colui che estende la copertura ai propri familiari) alla Compagnia entro 180 giorni dalla decorrenza della polizza.

Risposta al punto 31:

- UniBo è tenuta al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla data di decorrenza della polizza. Il premio per le rate successive dovrà essere corrisposto entro il 90° (novantesimo) giorno dalla scadenza.
- Il pagamento del premio per le suddette categorie verrà corrisposto entro 180 giorni dall'effetto dell'assicurazione.

32. SEZIONE III – OGGETTO DELLA COPERTURA – Medicinali - Si chiede conferma che:

- sono riconosciute le spese per medicinali compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie; sono esclusi anche i parafarmaci;
- ai fini del rimborso, si considera come data del pagamento la data della fattura presentata dall'Assicurato, a meno che il pagamento non risulti effettuato in una data diversa da quella della fattura: ciò può emergere da quanto eventualmente indicato nella fattura stessa oppure da apposita documentazione (es. scontrino) che l'Assicurato presenti di sua iniziativa per evidenziare tale elemento alla Compagnia
- ai fini del rimborso l'assicurato deve presentare:
 - copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti acquistati



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

- copia della ricetta con il costo dei singoli prodotti e con il timbro della farmacia, insieme allo scontrino fiscale per il totale.

Risposta al punto 32:

- Si conferma che si intendono esclusi i parafarmaci
- Si conferma
- Si conferma.

33. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi - Si chiede conferma che:

- devono essere effettuati solo in Centri medici, da:
 - medico specialista
 - fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
 - Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).
- non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:
 - per problematiche estetiche
 - eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
 - per finalità di mantenimento.

Risposta al punto 33: Per la portata della garanzia si rimanda a quanto previsto dall'Art. 6 Sez. III del Capitolato. Si conferma che sono, comunque esclusi i trattamenti per finalità estetiche.

34. Lenti e/o lenti a contatto. Si chiede conferma che:

- siano incluse le montature (ad eccezione dell'acquisto della sola montatura)
- siano escluse le lenti "usa e getta"
- sia previsto solo il regime rimborsuale
- la modifica del visus debba essere anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto
- l'acquisto degli occhiali/lenti debba avvenire in vigenza contrattuale

Risposta al punto 34:

- Non si conferma.
- Non si conferma.
- Si conferma.
- Si conferma.
- Si conferma

35. Pacchetto prevenzione Con riferimento al pacchetto b) "*Prestazioni previste per le donne con età superiore ad anni 55, una volta ogni 2 anni*", chiediamo conferma che in caso di prosecuzione del servizio per ulteriori 12 mesi successivi alla scadenza pattuita tale pacchetto sia usufruibile solo dagli assicurati che ne abbiano usufruito nel corso della prima annualità assicurativa (2024).

Risposta al punto 35: Si conferma.

36. Protesi acustiche - Con riferimento agli apparecchi acustici si chiede conferma che siano indennizzabili a seguito dei seguenti eventi (e previa presentazione della documentazione sotto riportata):

- modifica dell'udito: esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio;
- rottura apparecchio: foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio;

- smarrimento/furto: copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio.

Con riferimento all'intero art.10 chiediamo conferma che sia previsto solo il regime rimborsuale.

Risposta al punto 36:

- Si conferma;
- Si conferma che con riferimento all'intero art.10 è previsto solo il regime rimborsuale.

37. Art. 11 – Garanzia per non autosufficienza Chiediamo conferma che la somma garantita all'Assicurato (per prestazioni in assistenza diretta o per richiedere il rimborso delle spese) è pari a 1.000,00 euro da corrispondersi per una durata massima di 12 mesi per evento (in luogo di quanto riportato a pag. 29 del capitolato: *“Per questa garanzia non è prevista una validità temporale massima di 12 mesi per evento, in quanto la durata è legata ad uno stato di non autosufficienza momentaneo certificabile purché la spesa sanitaria venga sostenuta nel periodo di durata contrattuale”*).

Risposta al punto 37: Non si conferma.

38. SEZIONE IV – LIMITAZIONI - Art. 1 Estensione territoriale - Si precisa che in caso di utilizzo del regime rimborsuale l'assicurato non richiede la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa. Rimane ferma la possibilità dello stesso di contattare quest'ultima per richiedere un consulto in merito al corretto inquadramento della prestazione all'interno del contratto sottoscritto. In questo caso si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'Assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un Sinistro in copertura.

Risposta al punto 38: Si conferma.

39. Documentazione in caso di infortunio -Si chiede conferma che in caso di Infortunio deve essere presentato, fra gli altri documenti, il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

Risposta al punto 39: Si conferma parzialmente. In caso di mancanza del referto di PS, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da struttura pubblica o privata alternativa.

40. Si chiede conferma che nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

Risposta al punto 40: Si conferma.

41. Con riferimento all'art 1 della sezione II - MODALITÀ DI EROGAZIONE E CRITERI DI LIQUIDAZIONE del capitolato viene specificato che la Società si deve impegnare a fornire esito dell'autorizzazione entro 5 giorni dalla data fissata per la prestazione, si chiede conferma che debbano considerarsi giorni lavorativi.

Risposta al punto 41: Si conferma.



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

42. Con riferimento alla definizione Centrale Operativa nelle definizioni presenti nel Capitolato si chiede conferma che la linea "verde" dedicata debba essere gratuita per le chiamate da numero fisso.

Risposta al punto 42: Si specifica che il numero telefonico da contattare debba considerarsi sempre senza oneri per l'Assicurato, dunque sia per le chiamate da numero fisso che per quelle da mobile.

43. Con riferimento alla stima del costo della manodopera indicata nel Disciplinare di gara, si chiede conferma che:

- nel calcolo dei costi, il concorrente, che è Compagnia di Assicurazione, possa anche prevedere ulteriori voci di manodopera, per le quali indica il proprio CCNL di riferimento (ANIA).

Risposta punto 43.1: Si conferma.

- con riferimento alle attività ipotizzate dalla Stazione appaltante, nell'ipotesi di subappalto delle stesse ad un provider, possa essere indicato l'effettivo contratto applicato dallo stesso. Si segnala inoltre che, generalmente, per questa tipologia di servizi il costo non è calcolato ipotizzando del personale esclusivamente dedicato, ma sulla base di una stima delle ore /uomo necessarie per lo svolgimento dello specifico servizio. Questa valutazione conduce a dei costi sensibilmente distanti rispetto a quelli ipotizzati dall'ente. Si chiede conferma che il criterio appena esposto sia ritenuto legittimo dalla Stazione Appaltante.

Risposta punto 43.2: 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 mera 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. 95 co. 10 D. lgs. 50/2016, 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'articolo 97, comma 5, lettera d) del Codice.

In caso di subappalto, l'art. 105 co. 14 D. lgs. 50/2016 prevede che *“il subappaltatore, per le prestazioni affidate in subappalto, deve garantire gli stessi standard qualitativi e prestazionali previsti nel contratto di appalto e riconoscere ai lavoratori un trattamento economico e normativo non inferiore a quello che avrebbe garantito il contraente principale, inclusa l'applicazione dei medesimi contratti collettivi nazionali di lavoro, qualora le attività oggetto di subappalto coincidano con quelle caratterizzanti l'oggetto dell'appalto ovvero riguardino le lavorazioni relative alle categorie prevalenti e siano incluse nell'oggetto sociale del contraente principale”*.

44. Si chiede di ricevere i livelli di premio in corso per il dipendente, il coniuge/convivente e per ciascun figlio;

Risposta al punto 44:

- Premio pro-capite Dipendente: €300
- Premio pro-capite Coniuge/convivente more uxorio: €310
- Premio pro-capite Figlio: €250

45. Si chiede di ricevere il numero di coniugi/conviventi e il numero dei figli che hanno aderito alla polizza per le annualità 2020-2021-2022.



ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
AREA APPALTI E APPROVVIGIONAMENTI

Risposta al punto 45: Per le ulteriori informazioni richieste si vedano gli allegati al presente documento “*Documento informativo sinistri aggiornato*” e il “*Documento informativo sinistri 2019 aggiornato al 31.12.2021*”.

La Responsabile del Procedimento di Gara

Dott.ssa Tamara Macagnino

(firmato digitalmente)

Allegato 1: *Documento informativo sinistri aggiornato*

Allegato 2: *Documento informativo sinistri 2019 aggiornato al 31.12.2021*.