COMUNE DI BOLOGNA

PROGETTO TECNICO Ex Art. 41 comma 12 del D.lgs. 36/2023

per il Collocamento della Polizza Rimborso Spese Mediche e Ospedaliere (R.S.M.O.) per la Polizia Locale e i Dirigenti del Comune di Bologna Periodo: 31.12.2026 – 31.12.2028

Oggetto, Finalità e Quadro Generale

Il presente Progetto Tecnico definisce le linee guida operative, le condizioni economiche e i requisiti tecnici necessari per l'affidamento dei servizi assicurativi relativi al Rimborso delle Spese Mediche e Ospedaliere (R.S.M.O.) del Comune di Bologna. La procedura di gara è finalizzata al collocamento della copertura sanitaria integrativa a favore del personale del Corpo di Polizia Locale e dei Dirigenti dell'Amministrazione comunale per il biennio compreso tra il 31 dicembre 2026 e il 31 dicembre 2028.

Il documento fornisce indicazioni dettagliate sul livello di rischio, sulle compagnie assicurative uscenti e sulla sinistrosità storica registrata nell'ultimo biennio (annualità 2025 e 2026, con dati aggiornati al 30 giugno 2026a).

Tali elementi conoscitivi hanno lo scopo di consentire al mercato assicurativo una corretta e trasparente valutazione del rischio, favorendo la formulazione di offerte adeguate.

Durata del Contratto, Recesso e Proroga Tecnica

La nuova polizza presenta una durata contrattuale di due anni (biennale), come già la precedente, fermo restando la facoltà per ciascuna delle Parti di esercitare il diritto di recesso alla scadenza del primo anno di efficacia contrattuale, secondo le tempistiche e le modalità che sono dettagliatamente regolate nel Capitolato Speciale di Polizza, come da prassi del mercato assicurativo.

Al fine di garantire la continuità essenziale del servizio sanitario integrativo per i dipendenti, sia in caso di naturale scadenza del contratto sia nell'eventualità di un recesso anticipato, la Stazione Appaltante si riserva espressamente la facoltà di richiedere la proroga tecnica temporanea del contratto ai sensi dell'art. 120, comma 11 del D.Lgs. n. 36/2023, alle medesime condizioni contrattuali in vigore.

Inquadramento Fiscale e Struttura del Welfare Integrativo

Al fine di ottimizzare il trattamento fiscale e previdenziale per i lavoratori beneficiari, l'impianto contrattuale è strutturato in modo da beneficiare del regime di agevolazione fiscale previsto dalla normativa vigente.

In conformità con quanto disposto dall'art. 51, comma 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi - TUIR), non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale che operino negli ambiti di intervento stabiliti dal Ministero della Salute.

Per l'applicazione di tale regime fiscale, il Comune di Bologna ha previsto che il soggetto contraente formale della polizza assicurativa sia una Cassa di Assistenza Sanitaria o un Fondo Sanitario, regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari (D.M. 27 ottobre 2009).

Il Comune si assocerà a tale Cassa su indicazione dell'aggiudicatario della gara, e provvederà al versamento del premio alla Cassa medesima.

In conformità con la normativa sulle casse assistenziali, tali contributi sono soggetti a un contributo di solidarietà del 10% a carico del datore di lavoro, da versare all'INPS.

L'Amministrazione comunale ha debitamente considerato tale aliquota del 10% in aggiunta al premio di polizza ai fini della stima degli oneri complessivi dell'appalto.

L'attivazione della copertura RSMO riflette impegni sindacali ed accordi collettivi per le diverse categorie di personale:

- Personale del Corpo di Polizia Locale: il Comune di Bologna ha attivato un piano di welfare in forma collettiva a favore del personale appartenente al Corpo della Polizia Locale (ex Polizia Municipale) a seguito di specifici accordi integrativi siglati con le Rappresentanze Sindacali, con oneri interamente a carico dell'Ente. La copertura sanitaria è stata collocata sul mercato assicurativo a partire dal 31/12/2019.

- Personale Dirigente (Area Funzioni Locali): in attuazione dell'art. 32, comma 2 del CCNL Area Funzioni Locali del 17/12/2020, che consente l'attivazione di iniziative di welfare integrativo da parte degli enti, l'Amministrazione ha istituito una polizza sanitaria integrativa delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, collocata sul mercato a decorrere dall'annualità 2023.

Condizioni Economiche e Basi d'Asta della Procedura

Le condizioni normative che regolano la nuova polizza dettagliate nel Capitolato Speciale rimangono allineate a quelle attualmente in corso, garantendo la continuità dei livelli di copertura e dei diritti acquisiti dagli assicurati. Tuttavia, al fine di adeguare il premio rispetto alle evoluzioni del mercato e della sinistrosità, l'Amministrazione ha significativamente incrementato i premi pro-capite lordi posti a base d'asta rispetto a quelli attualmente in vigore.

La variazione è la seguente:

Polizza di Riferimento	Premio Pro-Capite Lordo in Corso (€)	Premio Pro-Capite Lordo a Base d'Asta (€)
R.S.M.O. Polizia Locale	579,42 €	835,00 €
R.S.M.O. Dirigenti	576,00 €	840,00 €

Sulla base del numero di dipendenti attualmente in forza al momento della predisposizione degli atti di gara, le basi d'asta complessive, distinte per categoria di personale ed espresse sia in termini annuali che biennali (al lordo e al netto delle imposte assicurative del Ramo Malattia, pari al 2,5%), sono dettagliate nello schema seguente:

Categoria	N.	Pro-capite Lordo (€)	Pro-capite Netto (€)	Base Annua Lorda (€)	Base Annua Netta (€)	Base Biennale Lorda (€)	Base Biennale Netta (€)
Polizia Locale	570	835,00	814,63	475.950,00	464.341,46	951.900,00	928.682,93
Dirigenti	53	840,00	819,51	44.520,00	43.434,15	89.040,00	86.868,29

Importi totale biennale netto € 1.015.551,22

Modifiche del contratto in fase di esecuzione

Variazione ai sensi dell'art. 120 c. 1 lett. a): qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, quindi fino alla concorrenza di Euro 203.110.44, può imporre all'aggiudicatario l'esecuzione alle stesse condizioni previste nel contratto.

I valori imponibili e netti indicati sono calcolati scorporando dal premio lordo l'aliquota delle imposte sulle assicurazioni (Ramo Malattia) pari al 2,5%.

Ai fini del costo complessivo per l'Amministrazione, l'Ente dovrà considerare ulteriormente l'applicazione del contributo di solidarietà INPS del 10% sui contributi assistenziali versati alla Cassa, come già descritto.

Requisiti di Partecipazione degli Operatori Economici

I requisiti di ammissione alla procedura di gara sono finalizzati a garantire l'elevata professionalità, affidabilità e solidità patrimoniale sia delle Compagnie Assicuratrici offerenti, sia della Cassa di Assistenza Sanitaria o Fondo Sanitario a cui esse si appoggiano per la gestione degli aspetti fiscali dei premi.

4.1 Requisiti di Idoneità Professionale

Le Compagnie concorrenti devono dimostrare il possesso dei seguenti requisiti di idoneità professionale alla data di presentazione dell'offerta:

- **Iscrizione al Registro delle Imprese** ovvero nel rispettivo Albo delle Imprese Artigiane per attività strettamente coerenti con quelle oggetto del presente appalto. Per i concorrenti non residenti in Italia, è richiesta l'iscrizione in uno dei registri commerciali o professionali dello Stato membro di appartenenza, secondo quanto previsto dall'Allegato II.11 del Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023).

- **Autorizzazione all'Esercizio dell'Attività Assicurativa:** possesso dell'autorizzazione governativa all'esercizio del ramo assicurativo 'Malattia' (Ramo 2), rilasciata dall'IVASS (o dal Ministero dello Sviluppo Economico) ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). I concorrenti aventi sede in altro Stato membro UE devono presentare idonea

documentazione equipollente provante il regime di stabilimento o di libera prestazione di servizi in Italia, corredata da traduzione asseverata.

Requisito di esecuzione: caratteristiche professionali e strutturali della Cassa di Assistenza

Ciascun operatore economico concorrente è tenuto a garantire, a pena di esclusione, il possesso dei seguenti requisiti in capo alla Cassa di Assistenza Sanitaria o al Fondo Sanitario di cui si avvale:

- Esclusività di Finalità Assistenziale: avere esclusivamente scopo e finalità di carattere assistenziale, operando negli ambiti stabiliti dall'art. 1 del Decreto Ministeriale del 31 marzo 2008 (Ministero della Salute), come modificato dal D.M. del 27 ottobre 2009.

- Iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari: regolare iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute, con obbligo di mantenimento dell'iscrizione per l'intera durata del contratto assicurativo e dell'eventuale proroga, a pena di immediata risoluzione del rapporto contrattuale.

- Abilitazione Contributiva e Fiscale: abilitazione legale a ricevere i flussi contributivi di welfare per conto degli assistiti ed assumere, ai soli fini della conformità fiscale ed esenzione IRPEF (art. 51 TUIR), il ruolo formale di Contraente unico del programma sanitario.

L'aggiudicatario dovrà comunicare tempestivamente la Cassa di Assistenza Sanitaria o al Fondo Sanitario.

Criteri di Valutazione dell'Offerta Tecnica

La gara viene aggiudicata secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV), con una ripartizione dei punteggi ponderata che valorizza massimamente l'aspetto qualitativo del servizio e l'estensione della rete di assistenza:

- **Offerta Tecnica (Qualità):** Massimo 90 punti.

- **Offerta Economica (Prezzo):** Massimo 10 punti.

I 90 punti dell'offerta tecnica sono attribuiti in base alla presenza di varianti migliorative ed estensioni di copertura offerte dai concorrenti rispetto al Capitolato base stabilito dall'Ente. Sono ammesse esclusivamente le varianti predefinite descritte nello schema sottostante; non sono ammesse varianti peggiorative o alternative a quelle elencate, in quanto offerta non conforme al capitolato. In assenza di varianti migliorative (accettazione base del capitolato), il punteggio tecnico attribuito sarà pari a 0 (zero) per singolo criterio.

E' prevista una soglia minima di sbarramento pari a punti 60/90 sul punteggio totale ottenuto per l'offerta tecnica.

Il concorrente sarà escluso dalla gara nel caso in cui consegua un punteggio inferiore alla predetta soglia.

N.	Tipo	Punti Max	Descrizione del Criterio di Valutazione	Opzioni / Valore	Metodo di Calcolo
1	T	8	Integrazione della garanzia 'Diagnosi Comparativa' (Sez. III art. 12 del Capitolato).	☐ Sì (8 pt) ☐ No (0 pt)	On/Off
2	T	9	Assistenza agli Assicurati: canale di accesso alternativo al numero verde (e-mail o portale dedicato) per supporto tecnico, stato pratiche e reportistica mensile dettagliata per broker e Amministrazione.	☐ Sì (9 pt) ☐ No (0 pt)	On/Off
3	Q	5	Elenco dei convenzionamenti diretti con Centri medici/diagnostici/fisioterapici/punti prelievo sul territorio nazionale (esclusa la provincia di Bologna). Il punteggio sarà attribuito in relazione al relativo numero complessivo risultante.	Valore: N	R = 5 * N / Nmax
4	Q	13	Elenco dei convenzionamenti diretti con Centri medici/diagnostici/fisioterapici/punti prelievo nella provincia di Bologna. Il punteggio sarà attribuito in relazione al relativo numero complessivo risultante	Valore: N	R = 13 * N / Nmax
5	Q	5	Elenco dei convenzionamenti diretti con Centri e Studi Odontoiatrici nel territorio nazionale (esclusa la provincia di Bologna). Il punteggio sarà attribuito in relazione al relativo numero complessivo risultante	Valore: N	R = 5 * N / Nmax
6	Q	13	Elenco dei convenzionamenti diretti con Centri e Studi Odontoiatrici nella provincia di Bologna. Il punteggio sarà attribuito in relazione al relativo numero complessivo risultante	Valore: N	R = 13 * N / Nmax
7	Q	5	Elenco dei convenzionamenti diretti con Case di Cura e Ospedali sul territorio nazionale (esclusa la provincia di Bologna). Il punteggio sarà attribuito in relazione al relativo numero complessivo risultante	Valore: N	R = 5 * N / Nmax
8	Q	13	Elenco dei convenzionamenti diretti con Case di Cura e Ospedali nella provincia di Bologna. Il punteggio sarà attribuito in relazione al relativo numero complessivo risultante	Valore: N	R = 13 * N / Nmax
9	D	18 di cui 4	**Relazione Tecnica:** La relazione dovrà affrontare in modo esaustivo i seguenti argomenti:	Relazione allegata	Valutazione discrezionale della Commissione

N.	Tipo	Punti Max	Descrizione del Criterio di Valutazione	Opzioni / Valore	Metodo di Calcolo
		7	**1. Caratteristiche e Funzionalità della Centrale Operativa** La Commissione valuterà la struttura organizzativa e la qualità dell'assistenza garantita agli assicurati. Per massimizzare l'efficacia della sezione: **-** Multicanalità e Accessibilità: Esplicitare tutti i canali di contatto previsti (Numero Verde dedicato, Portale Web, App Mobile, Email/PEC), specificando gli orari di presidio operativo, competenza del personale evidenziando la formazione specialistica degli operatori nel settore sanitario-assicurativo e i protocolli definiti per la gestione dell'accoglienza, del supporto agli assistiti e delle emergenze.		

N.	Tipo	Punti Max	Descrizione del Criterio di Valutazione	Opzioni / Valore	Metodo di Calcolo
		7	**2. Procedura di Gestione Sinistri in Assistenza Diretta** In regime di assistenza diretta si richiedere di dimostrare la massima tempestività di gestione: **-** Dettagliando l'iter sequenziale: dalla richiesta dell'assistito (o della struttura convenzionata), alla verifica della copertura, fino all'emissione della conferma di garanzia/ di autorizzazione. **-** Indicando le tempistiche di rilascio delle autorizzazioni: Impegnarsi su tempistiche certe per il rilascio del provvedimento di presa in carico (es. autorizzazione immediata per casi urgenti e tempi definiti per prestazioni programmate). **-**indicando le modalità di Gestione della Rete Convenzionata: Illustrare la fruibilità del network convenzionato e gli strumenti digitali a disposizione degli assicurati per prenotare o ricercare le strutture convenzionate. **3. Procedura Rimborsuale (Assistenza Indiretta) e Tempi di Risposta** La gestione del rimborso indiretto è uno degli elementi centrali della valutazione, in particolare in merito agli impegni temporali presi dall'operatore: - Iter Istruttorio e Trattamento Documentale: Descrivere la procedura di invio delle richieste e la successiva fase di liquidazione dei giustificativi di spesa definendo indicatori quali a titolo esemplificativo: - Tempo massimo di presa in carico della richiesta di rimborso. - Tempo massimo per la notifica di eventuali integrazioni documentali necessarie. - Tempo massimo entro cui viene disposto il bonifico di rimborso a favore del beneficiario. - Tracciabilità della Pratica: Dettagliare i servizi di aggiornamento in tempo reale a favore dell'assistito (notifiche, SMS, avanzamento nell'area riservata).		

N.	Tipo	Punti Max	Descrizione del Criterio di Valutazione	Opzioni / Valore	Metodo di Calcolo
			La relazione dovrà essere contenuta in un massimo di 15 pagine.		
10	T	1	Possesso della certificazione UNI PDR 125:2022 (parità di genere).	☐ Sì (1 pt) ☐ No (0 pt)	On/Off

Nota sui criteri quantitativi (Q): I punteggi relativi alle reti di convenzionamento (Criteri 3, 4 5, 6, 7 e 8) saranno calcolati in modo proporzionale rispetto all'offerta massima pervenuta (Nmax). Il concorrente, ai fini dell'attribuzione del punteggio relativo, deve fornire in Offerta Tecnica l'elenco, eventualmente anche allegando foglio di calcolo, delle strutture convenzionate con relativa ubicazione.

A ciascuno degli elementi qualitativi cui è assegnato un punteggio discrezionale la valutazione verrà effettuata dai singoli commissari attribuendo discrezionalmente un coefficiente secondo i parametri di seguito indicati:

COEFFICIENTE	VALUTAZIONE CRITERI	NOTE (descrizione della valutazione)
0,1	Gravemente scarso	La proposta si presenta molto carente e non valutabile sia per forma che per contenuti
0,2	Molto scarso	La proposta si presenta carente e non valutabile sia per forma che per contenuti
0,3	Gravemente insufficiente	La proposta presentata risulta lacunosa e poco attinente a quanto richiesto
0,4	Molto insufficiente	La proposta presentata è lacunosa e in molti punti non presenta quanto richiesto
0,5	Insufficiente	La proposta presentata risponde in maniera non sufficiente al criterio motivazionale in esame
0,6	Sufficiente	La proposta risponde in maniera sufficiente, seppure con contenuti minimi, al criterio motivazionale in esame
0,7	Discreto	La proposta risponde in maniera discretamente soddisfacente e abbastanza appropriata al criterio motivazionale in esame

0,8	Molto buono	La proposta risponde in maniera più che soddisfacente, articolata e appropriata al criterio motivazionale in esame
0,9	Ottimo	La proposta risponde in modo pienamente conforme alle aspettative, risultando molto completa, approfondita ed adeguata al criterio motivazionale in esame
1,0	Eccellente	La proposta risulta altamente esaustiva ed organica e risponde in modo assolutamente conforme e ricco di elementi anche originali al criterio motivazionale in esame

Qualora la valutazione dei commissari non sia unanime, la commissione individua il coefficiente da attribuire calcolando la media aritmetica dei coefficienti attribuiti dai singoli commissari (arrotondata al secondo decimale).

Offerta economica

Il punteggio economico (10 punti) sarà attribuito sulla base del premio netto biennale di polizza così come risultante dal modello offerta economica, utilizzando il metodo dell'interpolazione lineare.

Aspetti di Sicurezza, Trattamento del Personale e Garanzie

Il bando recepisce integralmente i principi di tutela dei lavoratori, della sicurezza sul lavoro e di garanzia contrattuale imposti dal Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. 36/2023).

L'importo a base di gara comprende i costi della manodopera previsti dall'articolo 41 comma 14 del codice che la stazione appaltante ha stimato aventi un'incidenza media pari al 2,6% (fonte ANIA Trends Indici Aziendali 2023).

Tali costi, nel caso di un servizio assicurativo, sono quantificabili in un valore marginale rispetto al premio c.d. "puro" che ha natura perlopiù finanziaria e hanno una connotazione qualitativa tale da farli ricadere nella sfera dell'organizzazione imprenditoriale.

Ai sensi dell'art. 11 comma 2 del Codice, si indica che al personale impiegato nell'ambito dei lotti da 1 a 8, è applicabile il CCNL per il personale dipendente non dirigente delle imprese di assicurazione (codice alfanumerico: J121) ANIA.

Per la presente procedura non sono previsti rischi interferenziali di cui all'articolo 26 comma 3 del decreto legislativo 81/2008 per cui l'importo degli oneri per la sicurezza da interferenze è stimato pari a zero.

Garanzia Definitiva

Ai fini della sottoscrizione del contratto, l'operatore economico aggiudicatario ha l'obbligo di costituire e presentare una garanzia fideiussoria definitiva pari al 10% dell'importo netto del contratto biennale, in conformità con le prescrizioni dell'art. 117 del D.Lgs. 36/2023. Tale garanzia può essere prestata sotto forma di cauzione o fideiussione bancaria/assicurativa secondo le modalità previste dall'art. 106, commi 2 e 3 del Codice, applicando le riduzioni o maggiorazioni stabilite in base alle certificazioni di qualità possedute dall'aggiudicatario (art. 106, comma 8).

Si applica la ulteriore Riduzione del 20% al possesso anche di solo una delle certificazioni di cui all'allegato II.13.

Revisione prezzi

L'Amministrazione non prevede una revisione prezzi ex-post in quanto la polizza Rimborso Spese Mediche e Ospedaliere (R.S.M.O.) ha per oggetto una prestazione assicurativa basata sul versamento di un "premio puro" che ha natura prevalentemente finanziaria; i costi della manodopera hanno un'incidenza marginale (stimata al 2,6%) e ricadono nell'organizzazione d'impresa della compagnia, rendendo la prestazione slegata da dinamiche di costo della manodopera soggetti a revisione.
Inoltre si è già provveduto ad incrementare preventivamente i premi pro-capite a base di gara per allinearli all'evoluzione del mercato e alla sinistrosità storica registrata.
Infine l'affidamento ha una durata limitata a un biennio ed è espressamente prevista per entrambe le parti la facoltà di esercitare il diritto di recesso alla scadenza del primo anno di efficacia contrattuale. Tale meccanismo consente a ciascuna parte di verificare l'andamento reale della sinistrosità dopo 12 mesi e, in caso di squilibrio economico, di sciogliere il contratto.

Responsabile Unica di progetto

La Responsabile Unica del progetto è la Capo Area Risorse Finanziarie e Patrimonio del Comune di Bologna, Dott.ssa Pompilia Pepe.

-

Pompilia
Pepe
Comune di
Bologna
29.09.2026
13:16:59
GMT+02:00