

**PROCEDURA DI GARA APERTA, IN AMBITO COMUNITARIO, FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI  
ALLA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2023-2024 DELL’AUTORITÀ DI REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E  
AMBIENTE.**

**PROCEDURA DI GARA APERTA TELEMATICA**

**CIG 94702834C2**

**IDENTIFICATIVO SINTEL N. 161013753**

***Chiarimenti n. 1 del 21 novembre 2022***

Come previsto all’art. 2, paragrafo 2.2, del Disciplinare di gara con la presente nota si rappresentano alcune richieste di chiarimento pervenute e le risposte inviate da questa Amministrazione, al fine di garantire la massima trasparenza e nel rispetto del principio generale di *par condicio* tra i concorrenti.

***Domanda n. 1***

***RICHIESTA STATISTICA SINISTRI - In riferimento al rischio in oggetto, al fine di proporre nostra migliore offerta sono a chiedere quanto segue:***

***Infortuni:***

- 1. Statistica sinistri degli ultimi 5 anni in formato excel dettagliata (dal 31.12.2016 al 30.09.2022).***
- 2. Breve descrizioni degli eventi indicati con importo pari o superiore ai 5.000 Euro (se presenti).***
- 3. Compagnia con cui sono assicurati.***
- 4. Premio annuo lordo in corso.***

***Risposta n. 1***

Nel Disciplinare di gara CIG 94702834C2 da pagina 45 a pagina 48 sono riportati i dati statistici relativi alla convenzione in essere stipulata con “CassaSalutePiù” quale aggiudicatario della procedura di gara aperta avente CIG 75451853A2. La predetta Cassa di assistenza, così come indicato in sede di gara, ha stipulato con UniSalute S.p.a. le polizze inerenti alle coperture assicurative comprese nel “Ramo Sanitario”, nel “Ramo Vita” e nel “Ramo Infortuni” dell’Autorità.

Le ulteriori informazioni disponibili sono state indicate nei dati statistici riportati nelle varie tabelle da pag. 45 a pag. 48 del citato Disciplinare di gara CIG 94702834C2.

Con riferimento alla statistica sinistri infortuni si allega la statistica fornita da CassaSalutePiù nel mese di novembre 2022 su file excel denominato “Estrazione sinistri Arera 2019 2021 a Settembre 2022”.

***Domanda n. 2***

***Con la presente si chiedono i seguenti chiarimenti:***

- 1. con riferimento al disciplinare art. 3 - OGGETTO DELL’APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI lettera d.3 si chiede conferma che la stima dei familiari fiscalmente non a carico sia 363 e non debba invece intendersi quale numero dei familiari automaticamente inclusi (familiari fiscalmente a carico); negli anni passati infatti il numero dei familiari facoltativamente assistibili era nettamente più basso e si aggirava intorno alle 60 teste;***
- 2. si chiede evidenza dei premi procapite attualmente in corso suddivisi tra i vari livelli :assistenza “base” per i Titolari, assistenza “base” per i dipendenti in quiescenza, assistenza “base” per i familiari del Titolare facoltativamente assistibili, assistenza “base” per i familiari del Dipendente in quiescenza facoltativamente assistibili, assistenza “base” per gli altri parenti ed affini, del Titolare o del Dipendente in quiescenza, entro il 3° grado, NON anagraficamente conviventi con l’Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo facoltativamente assistibili, assistenza “aggiuntiva”.***

***Risposta n. 2***

- 1. Il numero dei soggetti cd. “facoltativamente assistibili” è stato comunicato e quantificato nel luglio 2022 in 308 soggetti. Negli atti di gara il predetto numero è stato aumentato in ragione dell’aumento stimato del personale***

dell'Autorità in n. 363 soggetti. Con un aggiornamento in data odierna CassaSalutePiù ha inviato il seguente prospetto relativo all'anno 2022:

assistenza "base" per i Titolari: numero dei Titolari	assistenza "base" per i dipendenti in quiescenza: numero dei dipendenti in quiescenza	assistenza "base" per i familiari del Titolare facoltativamente assistibili: numero dei familiari assistiti	assistenza "base" per i familiari del Dipendente in quiescenza facoltativamente assistibili: numero dei familiari assistiti	assistenza "base" per i familiari del Titolare automaticamente inclusi: numero dei familiari assistiti	assistenza "base" per il coniuge del Dipendente in quiescenza: numero dei familiari assistiti	assistenza "base" per gli altri parenti ed affini, del Titolare o del Dipendente in quiescenza, entro il 3° grado, NON anagraficamente conviventi con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo facoltativamente assistibili: numero dei parenti/affini assistiti	assistenza "aggiuntiva": numero assistiti
245	13	268	7	253	9	0	3

- Le informazioni richieste sono desumibili nel paragrafo denominato "dati sulle coperture assicurative in essere a seguito di procedura di gara aperta CIG 75451853A2" a pag. 45 del Disciplinare di gara CIG 94702834C2.

### Domanda n. 3

Con riferimento al Capitolato n. 3 "Long Term Care - LTC", si chiedono i seguenti chiarimenti:

- necessitiamo conoscere i criteri alla base del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, manifestato e denunciato durante il periodo di vigenza della copertura assicurativa, che danno diritto all'erogazione della rendita vitalizia con periodicità mensile di cui all'art. 5 Prestazioni;
- conferma che la platea degli Assicurandi sia la medesima dell'elenco al 30 giugno 2022 riportato in allegato al Capitolato n. 4 "Temporanea Caso Morte – Invalidità Totale e Permanente".

### Risposta n. 3

- Si precisa che è considerato in stato di non autosufficienza/LTC l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per perdita delle forze, si trovi per un periodo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente – da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana – ADL (Activities of Daily Living: lavarsi; vestirsi/svestirsi; nutrirsi, muoversi; spostarsi; andare in bagno) – , nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche. Viene altresì riconosciuto in stato di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana, l'Assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che abbia determinato la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer ovvero altre demenze invalidanti di origine organica).
- Si conferma.

### Domanda n. 4

Con riferimento alla presente procedura, si richiedono i seguenti chiarimenti

Relativamente al ramo sanitario (capitolati n. 1 e 2):

- si chiede di fornire per le annualità 2019/2020/2021 e 2022 il dettaglio dei sinistri con indicazione dell'importo richiesto, riservato e pagato suddivisi per categoria/soggetto beneficiario in formato excel aggiornati al 31/10;
- si chiede di fornire età media degli assicurati titolari / famigliari a carico / famigliari non a carico / quiescenti / famigliari quiescenti;
- si chiede d'indicare la compagnia in corso.

Relativamente al ramo infortuni (capitolato n. 5):

- si chiede d'integrare la statistica sinistri aggiornata (comprensiva dell'annualità in corso e dell'annualità 2018) con la precisazione per ciascun sinistro della natura professionale, in itinere o extraprofessionale, della percentuale di IP liquidata/riservata, della categoria colpita, se disponibile e descrizione evento; per i sinistri ancora a riserva, si chiede d'indicare l'eventuale esito/aggiornamento;
- si chiede d'indicare la compagnia in corso.

### Risposta n. 4

- A riscontro si allega la statistica fornita da CassaSalutePiù nel mese di novembre 2022 su file excel denominato "ARERA al 31ott22 – andamenti" relativo ai sinistri del periodo 31/12/2018 - 31/12/2019 (rilevati al 31/10/2022).
- L'età media dei titolari è calcolabile sulla base dell'elenco riportato in allegato al Capitolato n. 4 "Temporanea Caso Morte – Invalidità Totale e Permanente". Per quanto concerne l'età media dei famigliari a carico, famigliari

*non a carico, quiescenti, famigliari quiescenti* il Direttore di esecuzione dell'Autorità per la Convenzione in essere con CassaSalutePiù afferma che all'attualità è un dato che non è disponibile.

3. Come specificato alla precedente risposta alla domanda n.1 CassaSalutePiù, così come indicato in sede di gara, ha stipulato con UniSalute S.p.a. le polizze inerenti alle coperture assicurative comprese nel "Ramo Sanitario", nel "Ramo Vita" e nel "Ramo Infortuni" dell'Autorità.
4. A riscontro si allega la statistica fornita da CassaSalutePiù nel mese di novembre 2022 su file excel denominato "Estrazione sinistri Arera 2019 2021 a Settembre 2022".
5. Si rimanda a quanto specificato al precedente punto 3 della presente risposta n.4.

#### **Domanda n. 5**

*Ad integrazione dei quesiti inviati, necessiteremmo dei seguenti ulteriori chiarimenti:*

1. *si chiede di fornire gli aderenti al piano assicurativo alla data del 30 giugno 2022 come da schema pag. 46 del disciplinare di gara (triennio 2019-2021);*
2. *si chiede di precisare le motivazioni dell'incremento rilevante delle stime a base d'asta, rispetto alla stima effettuata nella gara precedente, in merito alla categoria dei familiari del Titolare facoltativamente assistibili (base) – n.363. Dalle informazioni fornite si rileva che le adesioni per tale categoria si attestano nel triennio 2019-2021 in circa 58 persone.*

#### **Risposta n. 5**

1. Si rimanda a quanto indicato al punto 1 della precedente risposta n.2.
2. Si rimanda a quanto indicato al punto 1 della precedente risposta n. 2.

#### **Domanda n. 6**

*In riferimento alla procedura in oggetto si richiedono i seguenti chiarimenti:*

A) *Si chiede conferma che la proroga per il terzo anno non sia vincolante per la Cassa.*

B) *Rimborso Spese Mediche:*

1. *si chiede conferma che il numero di 363 "familiari facoltativamente assistibili" del Titolare indicati al punto d.3 dell'Art 3 "Oggetto dell'appalto, importo e suddivisione in lotti" del Disciplinare comprenda anche i familiari fiscalmente a carico automaticamente compresi nella copertura del Titolare. In caso affermativo, si chiede di dare evidenza distinta delle 2 categorie;*
2. *al punto 4 della voce a) Prestazioni connesse a ricoveri dell'art. 5 "Prestazioni" del Capitolato 1 – Assistenza Base è riportato "con il limite del massimale di cui al precedente articolo 4". Si chiede conferma che si tratti di mero refuso e si faccia riferimento al precedente articolo 3;*
3. *si chiede conferma che per l'accesso alle prestazioni ricomprese al punto 1 "Prestazioni di Alta Diagnostica" dell'area c) "Prestazioni extraospedaliere e ambulatoriali" dell'art. 5 "Prestazioni" del Capitolato 1 – Assistenza Base sia richiesta la prescrizione medica contenente la patologia o il quesito diagnostico;*
4. *si chiede conferma che al punto i) "Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica" dell'art. 5 "Prestazioni" del Capitolato 1 – Assistenza Base il massimale a base d'asta di € 800 per anno assistenziale sia da intendersi quale limite massimo per nucleo assicurato;*
5. *si chiede di fornire copia delle condizioni di assicurazione in corso a seguito di aggiudicazione del procedimento di gara 2018 (CIG 75451853A2);*
6. *in riferimento all'art 6.3 REQUISITI SPECIALI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE del Disciplinare, p.to 2 che richiede la presenza di almeno 1 struttura abilitata al ricovero diurno e notturno e almeno 1 centro medico non abilitato al ricovero notturno presso ogni altra Regione, in considerazione che in alcune Regioni per vincoli indipendenti dal provider non sono presenti strutture private, si ritiene, come di come di consueto, soddisfatto il requisito considerando la media delle strutture per Regione?*

C) *Infortuni*

1. *si chiede di indicare l'ammontare delle retribuzioni per il 2022 e quello previsto per il 2023;*
2. *si chiede di indicare il tasso pro-mille attualmente in corso.*

D) *TCM*

1. *qual è il limite di età previsto per l'ingresso e/o permanenza in copertura?*
2. *si chiede conferma che il premio relativo alle adesioni individuali, con onere a carico degli assicurati, per prestazioni superiori a 100.000 euro sia considerato come nuova copertura ed avere una tariffa dedicata;*
3. *si chiede indicazione del numero di assicurati che hanno richiesto l'aumento di somma assicurata diviso per annualità nel triennio 2019-2021, nonché indicazione della somma scelta (200.000 o 300.000);*
4. *si chiede conferma che i premi pagati dagli assicurati per l'aumento della somma oltre €100.000 transitino dalla Cassa contraente alla Compagnia assicuratrice;*
5. *si chiede conferma che per le adesioni facoltative per le quali l'assicurato paga interamente il premio alla Cassa non sia richiesta l'emissione di Dichiarazioni fiscali;*
6. *si chiede conferma che le invalidità conseguenti a malattie pregresse e preesistenti siano incluse;*
7. *si chiede conferma che il volume premi a base d'asta per la copertura TCM riguardi la sola platea di assicurati attuali riportati nella tabella "assistenza TCM" in allegato al Capitolato n.4 e non consideri la stima di nuovi ingressi, il cui costo della copertura sarà dunque aggiuntivo.*

**E) LTC**

1. *il premio che deve essere pagato dagli assicurati per prestazioni superiori a 18.000 euro mantiene lo stesso tasso di tariffa della copertura principale oppure può essere considerata come una copertura a parte?*
2. *si chiede conferma che la definizione di non autosufficienza e le modalità di riconoscimento della stessa possano essere definite della Cassa/Compagnia aggiudicataria. In caso contrario si chiede di darne evidenza;*
3. *si chiede conferma che il volume premi a base d'asta per la copertura LTC riguardi la sola platea di assicurati attuali riportati nella tabella "assistenza TCM" in allegato al Capitolato n.4 e non consideri la stima di nuovi ingressi, il cui costo della copertura sarà dunque aggiuntivo.*

**Risposta n. 6**

- A. Al paragrafo 3.2 del Disciplinare di gara è prevista in capo all'Autorità la facoltà di procedere ad una proroga tecnica annuale inviando apposita comunicazione mediante PEC almeno 60 giorni prima della scadenza della Convenzione alla Cassa di assistenza aggiudicataria. La Cassa di assistenza, così come previsto al paragrafo 3.1 del Disciplinare di gara, ha possibilità di recesso dopo il primo anno mediante comunicazione raccomandata, anticipata a mezzo posta elettronica certificata, inviata all'Autorità con preavviso di almeno 180 giorni.
- B.1 Si rimanda a quanto indicato al punto 1 della precedente risposta n. 2.
- B.2 Non si conferma. La dicitura "con il limite del massimale di cui al precedente articolo 4" fa riferimento a quanto disposto all'art. 4 "LIMITI DI ASSISTENZA" del Capitolato 1 – Assistenza Base.
- B.3 Si conferma; è sempre richiesta la prescrizione medica con quesito diagnostico.
- B.4 Si conferma.
- B.5 I premi lordi della convenzione in corso sono indicati a pagina 45 del Disciplinare di gara.
- B.6 No. Si rimanda a quanto richiesto al paragrafo 6.3 del Disciplinare di gara.
- C.1 I dati richiesti non sono disponibili all'attualità. Si precisa che la retribuzione globale lorda per i dipendenti (di ruolo e a tempo determinato) e i Componenti del Collegio dell'Autorità è la seguente: - Anno 2019 euro 25.485.740,00 - Anno 2020 euro 27.096.250,00 - Anno 2021 euro 28.412.644,00.
- C.2 Il tasso pro-mille attualmente in corso è pari al 4,75 per mille (offerto in sede di gara) da applicarsi all'ammontare annuo delle retribuzioni.
- D.1 Alla tabella "assistenza TCM" allegata al Capitolato 4 viene indicata l'età dei soggetti di cui all'art. 1 del Capitolato 4 per i quali è prestata l'assicurazione in parola.
- D.2 Si conferma.
- D.3 I casi attivati sono 3: due per l'importo aggiuntivo di 100.000,00 euro ed uno per l'importo aggiuntivo di 200.000,00 euro.
- D.4 Si conferma.

- D.5 Non si conferma.
- D.6 Si conferma.
- D.7 Si conferma.
- E.1 Si conferma il mantenimento del tasso della copertura principale.
- E.2 Si rimanda a quanto riportato al punto 1 della risposta n. 3.
- E.3 Si conferma. Le teste in copertura LTC sono i titolari di Arera che, con riferimento alla data del 30 giugno 2022, sono indicati anche nell'Allegato al Capitolato n. 4 ramo vita Temporanea caso morte.

#### **Domanda n. 7**

*Ai fini della possibile partecipazione dell'operatore economico alla procedura di gara in oggetto, si richiede di fornire responso alle seguenti richieste di chiarimenti:*

- A) *Schema di convenzione - L'art. 24 dello schema di convenzione prevede che "Ove la Cassa di assistenza sia chiamata ad eseguire attività di trattamento di dati personali, la medesima potrà essere nominata Responsabile/sub-Responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento UE; in tal caso si impegna ad accettare la designazione a Responsabile/sub-responsabile del trattamento". Si rappresenta che il Garante per la protezione dei dati personali, con parere DREP/RPLC/139765-1 in allegato, ha definitivamente chiarito che "il rapporto tra ente aggiudicante" e aggiudicatario "non possa configurarsi nei termini di titolare e responsabile del trattamento" e che l'aggiudicatario quindi "non può che rivestire il ruolo di autonomo titolare del trattamento". Si chiede, per l'effetto, conferma che la Stazione Appaltante, in conformità all'indirizzo espresso dall'Autorità Garante, non nominerà né il soggetto aggiudicatario né le Compagnie di Assicurazione indicate quali responsabili o sub-responsabili del trattamento dei dati ma quali autonomi titolari del trattamento e che ogni clausola degli atti di gara che faccia riferimento alla nomina a Responsabile o Subresponsabile del trattamento dei dati personali sarà oggetto di adeguamento e modifica nella fase di aggiudicazione.*
- B) *Richieste di chiarimento concernenti l'"EROGAZIONE AL PERSONALE IN SERVIZIO ED IN QUIESCENZA DELL'AUTORITÀ DI REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBIENTE DI CONTRIBUTI ECONOMICI A FRONTE DI SPESE SANITARIE PER MALATTIA, INFORTUNIO, PARTO"*
  - 1. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - All'"ART. 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA" si legge: "In particolare la Cassa, si impegna [...] ad erogare agli Assicurati ed ai rispettivi familiari [...], rimborsi di spesa e contributi economici sostenuti per i casi di infortunio, malattie o parto, indipendentemente da accertamento medico".*

*Si ritiene che con l'indicazione "indipendentemente da accertamento medico" si debba intendere: senza la compilazione di alcun questionario anamnestico, fatta eccezione di quanto previsto dall'"ART. 3 - QUESTIONARIO ANAMNESTICO".*

*Si chiede di confermare l'interpretazione, qualora non venga confermata si chiede come debba essere interpretata la frase;*
  - 2. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - Al paragrafo "c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI", al punto "1. PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA", a pagina 8, al punto c.2 si legge che "tutte le spese se effettuate avvalendosi di strutture sanitarie, e/o medici, non convenzionate con la Cassa (regime indiretto) vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto pari a 50,00 [...] euro per ogni accertamento diagnostico o per più accertamenti diagnostici legati alla medesima patologia o ciclo di cura effettivamente sostenuta". Poiché le modalità di rimborso riportate si riferiscono alle prestazioni dei punti 1 e 2, del paragrafo "c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI", in cui è previsto il rimborso anche di onorari medici per visite specialistiche, si chiede conferma che nel caso delle visite specialistiche lo scoperto pari a 50,00 euro sia da intendersi per prestazione;*
  - 3. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - Al paragrafo "c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI", al punto "1. PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA", a pagina 9, tra le prestazioni elencate viene riportata la "Laserterapia" senza la specifica del campo di applicazione della stessa. Trattandosi di polizza che intende coprire gli eventi conseguenti a infortunio, malattia o parto, si chiede conferma che sia giusto considerare in copertura la sola "Laserterapia a scopo fisioterapico";*
  - 4. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - Per quanto concerne le prestazioni in garanzia con l'articolo "c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI" e relativi sub-articoli, rimane inteso che per le prestazioni rese necessarie da infortunio l'Assicurato inoltrerà alla Cassa il Certificato di Pronto*

*Soccorso e gli accertamenti radiologici effettuati con relativi referti. Si chiede conferma sull'operatività indicata per le prestazioni da infortunio;*

5. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - Con riferimento all'articolo "f) MEDICINA PREVENTIVA", si chiede cortesemente di confermare che lo scoperto ed il minimo non rimborsabile previsti in caso di utilizzo da parte dell'Assicurato di professionisti o strutture non convenzionate con la Cassa, si intendano applicati per prestazione;*
6. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - Al punto "i) CURE DENTARIE E PREVENZIONE ODONTOIATRICA", a pagina 11, si legge che "la copertura assicurativa di cui al presente punto i) è fruibile dagli Assicurati [...] con un limite di assistenza pari a 800,00 euro [...] per anno assistenziale". Si chiede conferma che, come previsto attualmente nel piano in corso, per Assicurati si intendano i titolari. In caso contrario si chiede conferma che il limite di assistenza sia da considerarsi per anno assistenziale e nucleo familiare;*
7. *Capitolato n. 1 "ASSISTENZA BASE" - Al punto "j) LENTI ED OCCHIALI", a pagina 12, si legge "Viene prevista una copertura assicurativa per il rimborso delle spese sostenute dagli Assicurati per acquisto di lenti a contatto e/o occhiali da vista [...] con un limite annuo per ogni Assicurato pari a 200,00 euro [...] per lenti a contatto e 300,00 euro [...] per occhiali da vista". Si chiede conferma che, come previsto attualmente nel piano in corso, per Assicurati si intendano i titolari.*

#### **Risposta n. 7**

- A. All'art. 10, c. 1, lettera (vi) dello Schema di Convenzione è precisato che la titolarità del trattamento dei dati personali e sensibili dei soggetti interessati è in capo alla Cassa di assistenza. All'art. 24 del medesimo Schema di Convenzione viene indicata residualmente la possibilità dell'Autorità di nominare il "Responsabile/sub-Responsabile del trattamento" dei dati personali diversi da quelli citati al predetto art. 10, che verrà valutata caso per caso al fine di garantire il più alto livello di sicurezza del loro trattamento.
- B.1 Si conferma l'interpretazione prospettata.
- B.2 Si conferma l'interpretazione prospettata intesa la prestazione come singola visita o più visite legate alla medesima patologia o ciclo di cura effettivamente sostenuta (ad es. un ciclo di una medesima prestazione ripetuta più volte).
- B.3 Si conferma l'interpretazione prospettata includendo le prestazioni mediche ed escludendo quelle estetiche.
- B.4 Si conferma l'interpretazione prospettata.
- B.5 Si conferma l'interpretazione prospettata.
- B.6 Il rimborso è in capo agli Assicurati (e non al solo Titolare) e il limite di assistenza è da considerarsi per anno assistenziale e nucleo familiare.
- B.7 Il rimborso è in capo agli Assicurati (e non al solo Titolare).

#### **Domanda n. 8**

*Con riferimento a quanto indicato al paragrafo del Disciplinare di gara § 6.3 - REQUISITI SPECIALI DI CAPACITÀ TECNICA E PROFESSIONALE che al punto 5. recita: "Ogni singolo operatore economico deve - a pena di esclusione - avere la disponibilità di una centrale operativa, anche funzionale alla gestione del piano sanitario oggetto della presente procedura di gara, raggiungibile nell'intero arco della giornata lavorativa (9.00-19.00), attraverso un numero verde (gratuito) nazionale ed internazionale, che renda minimo il tempo di attesa delle chiamate, per fornire informazioni e consulenza medica telefonica, nonché attiva 24 ore su 24 anche nei giorni lavorativi e festivi/prefestivi per le prestazioni mediche di emergenza", si chiede di specificare cosa si intende per "prestazioni mediche di emergenza".*

#### **Risposta n. 8**

Per "prestazioni mediche di emergenza" s'intende prestazioni che richiedono un intervento immediato.

#### **Domanda n. 9**

1. *Capitolato 1 - Art 7.1 Voglia la stazione Appaltante confermare che l'attivazione della assistenza in forma diretta possa seguire la seguente procedura:*
  - *preventiva ed autonoma prenotazione della prestazione da parte del socio*

- caricamento sul Portale da parte del Socio (accesso tramite credenziali all'Area riservata ovvero tramite fax in caso di impossibilità del socio di accesso ad Internet) della richiesta di autorizzazione alla forma diretta.

Si chiede inoltre di specificare che si possa prevedere (in caso di pagamento non ancora eseguito nei confronti della struttura sanitaria), la diversa procedura di reiezione della liquidazione con indicazione al Socio dell'ammontare delle spese rimaste a Suo carico da corrispondersi direttamente in favore della struttura;

2. **DISCIPLINARE ART. 3 - OGGETTO**, in riferimento all'art. 3 del Disciplinare, relativo all'oggetto dell'Appalto, consistente nell' "assunzione della contraenza, da parte di una Cassa sanitaria dell'intero programma assicurativo di assistenza sanitaria integrativa dell'Autorità con particolare riferimento a quelle afferenti al "Ramo Sanitario", "Ramo Vita" e "Ramo Infortuni" secondo le condizioni riportate nello Schema di Convenzione e nei Capitolati n. 1, n. 2, n. 3, n. 4 e n. 5", premesso che la gara CIG94702834C2 è rivolta unicamente a Casse di Assistenza e che queste ultime operano nell'ambito del settore socio-sanitario, si chiede conferma che i suddetti Rami, in cui risulta suddiviso il programma assicurativo di assistenza sanitaria integrativa, sono definiti in maniera atecnica con una denominazione propria dei rami assicurativi (Sanitario, Vita e Infortuni) e che le garanzie oggetto dell'appalto sono in realtà meglio definite con il rinvio operato ai Capitolati n. 1, n. 2, n. 3, n. 4 e n. 5, anche se diversamente denominate nell'ambito dei piani sanitari integrativi erogati dalla Cassa di Assistenza;
3. **DISCIPLINARE ART. 4 - SOGGETTI**, premesso che il soggetto contraente dovrà necessariamente essere una Cassa di Assistenza, avente esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986, con riferimento all'art. 4 del Disciplinare, in cui si dice testualmente "Si precisa in questa sede che le Casse sanitarie dovranno fornire nei termini rappresentati nel prosieguo del presente Disciplinare: - Il nominativo della (o delle) Compagnie di assicurazione con la quale intenderà stipulare la (o le) polizze assicurative per le coperture oggetto dell'appalto; (...)", nonché in riferimento all'art.3.3. dello Schema di Convenzione, nella parte in cui si chiede di indicare la compagnia assicurativa con la quale si intende stipulare "le relative polizze inerenti le coperture assicurative" per ciascun Ramo, si chiede conferma che sia facoltà della Cassa di Assistenza stipulare tali polizze assicurative con una compagnia assicurativa per uno o più Rami del programma assicurativo, potendo in ogni caso erogare in proprio le coperture assicurative afferenti ad uno o più Rami, senza alcun obbligo, in tal caso, di stipulare una polizza con una compagnia assicurativa;
4. **DISCIPLINARE ART. 6.2 - REQUISITO SPECIALE DI CAPACITA' ECONOMICA E FINANZIARIA**, in riferimento all'art. 6.2 del Disciplinare, relativo al requisito speciale di capacità economica e finanziaria, consistente nell' "aver realizzato negli anni 2019, 2020 e 2021 (...) una raccolta contributi media annua pari almeno a 1.230.000,00 euro che comprenda coperture assicurative di tutti e tre i rami (Vita, Sanitario e Infortuni) oggetto del piano sanitario dell'Autorità", si chiede conferma che:
  - il requisito debba complessivamente intendersi riferito all'importo complessivo di tutti i contributi raccolti a fronte dei piani sanitari erogati dalla Cassa di Assistenza per le garanzie di cui ai Capitolati n.1, n. 2, n. 3, n. 4 e n. 5, inerenti ai tre Rami, attecnicamente definiti con denominazione propria del settore assicurativo (Sanitario, Vita e Infortuni);
  - tale requisito possa intendersi soddisfatto ricorrendo alla capacità economica dalla compagnia di assicurazione con cui il contraente intende stipulare le polizze assicurative a copertura delle garanzie oggetto dell'appalto, non necessitando un contratto di avvalimento;
  - non debba essere fornita indicazione dell'importo dei contributi raccolti per ciascun Ramo attecnicamente definito e sia, invece, sufficiente indicare il valore complessivo dei contributi raccolti dalla Cassa di Assistenza per importo totale e periodo di riferimento, come indicati nel Disciplinare, a prescindere dal valore specifico di raccolta in ciascun Ramo;
5. Si chiede conferma che nei rami attecnicamente definiti come "vita" e "infortuni" la Cassa di Assistenza possa erogare i servizi previsti da capitolato tramite la compagnia assicurativa con cui abbia stipulato apposita polizza come da disciplinare;
6. Con riferimento al disciplinare di gara all'art. 6.3 (2): si chiede conferma che la comprova del requisito del possesso del numero di strutture sanitarie convenzionate, possa essere fornito, oltre che con un elenco dettagliato delle strutture stesse, tramite apposita dichiarazione sostitutiva da parte del legale rappresentante del concorrente oppure tramite un'utenza di accesso al portale web riservato agli Assistiti. Si chiede in alternativa di volere indicare le altre modalità per fornire la comprova, in considerazione del numero elevato di strutture richieste.

## Risposta n. 9

1. Le procedure di attivazione dell'assistenza in forma diretta ed indiretta sono esclusivamente quelle dettagliate agli artt. 7.1. e 7.2 del Capitolato n. 1. Nel caso di assistenza in forma diretta si conferma che l'attivazione viene fatta a

cura dell'assicurato, tramite piattaforma dedicata o telefonicamente; in tal caso l'assicurato è già informato se avrà diritto ad una copertura totale o meno (dovuta a franchigie o massimali).

2. Si conferma che le prestazioni oggetto delle garanzie sono quelle riportate nei Capitolati 1 – 2 – 3 – 4 e 5.
3. Si precisa che è facoltà della Cassa di Assistenza stipulare la/le polizze assicurativa/e con una o più Compagnie per uno o più Rami del programma assicurativo previsto. Non si conferma la facoltà per la Cassa di Assistenza di erogare in proprio le prestazioni senza la stipula di apposita polizza con una Compagnia Assicurativa.
4. Punto 1 – Si conferma.

Punto 2 - Non si conferma. Il requisito di cui al punto 6.2 del Disciplinare di gara deve essere soddisfatto direttamente dal concorrente, il quale - se carente - può solo far ricorso all'avvalimento di cui all'art. 7 del Disciplinare di gara. Nel caso di avvalimento, vista la natura del requisito in questione (così come quella del requisito di cui al punto 1 del paragrafo 6.3 del Disciplinare) l'impresa ausiliaria – a cui viene richiesto il requisito in questione - dovrà essere in possesso anche del requisito professionale di cui al paragrafo 6.1 del Disciplinare.

Punto 3 – Si conferma che è sufficiente indicare il valore complessivo dei contributi raccolti dalla Cassa di Assistenza per importo totale e periodo di riferimento, fermo restando la raccolta contributi media annua indicata deve comprendere coperture assicurative in ognuno dei tre rami (Vita, Sanitario e Infortuni) oggetto del piano sanitario dell'Autorità

5. La Cassa di assistenza assumerà la contraenza per l'esecuzione di una complessa serie di prestazioni articolate inerenti alla gestione dell'intero programma assicurativo di assistenza sanitaria integrativa con particolare riferimento a quelle afferenti al “Ramo Sanitario”, “Ramo Vita” e “Ramo Infortuni”, secondo le condizioni riportate nei Capitolati e con la compagnia assicurativa/le compagnie assicurative indicata/indicate in sede di gara con la quale/le quali stipulerà le conseguenti polizze assicurative inerenti al “Ramo Sanitario”, “Ramo Vita” e “Ramo Infortuni”.
6. Si ribadisce che la comprova del requisito di cui al punto 2 del paragrafo 6.3 del Disciplinare di gara dovrà essere fornita – come ivi previsto - mediante la produzione (tramite FVOE di ANAC) di un elenco dettagliato delle strutture stesse, corredato della documentazione idonea a comprovarne il possesso/disponibilità (anche reperibile dal sito).

#### **Domanda n. 10**

*Produzione documento - Si richiede di fornire copia in PDF del documento allegato [N.d.R. trattasi del file denominato “94702834C2\_ARERA\_RSM\_al\_30giu22\_-\_tracciato\_xlsx.p7m”] non risultando leggibile/convertibile.*

#### **Risposta n. 10**

Il file risulta leggibile ed è pubblicato in formato excel anche sul profilo di committente dell'Autorità.

*Comunicazione firmata digitalmente da:*

Direzione Affari Generali e Risorse  
Unità Gare e Contratti  
Il Responsabile  
*Annalise Colombo*