

**PROCEDURA DI GARA NEGOZIATA FINALIZZATA ALL’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI INERENTI ALLA GESTIONE DEL PIANO SANITARIO 2026 DELL’AUTORITÀ DI REGOLAZIONE PER ENERGIA RETI E AMBIENTE**

**PROCEDURA DI GARA CIG B911D884FA**

**CHIARIMENTI N. 1 DELL’1 DICEMBRE 2025**

Come previsto all’art. 2, paragrafo 2.2, del Disciplinare di gara con la presente nota si rappresentano la 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**

- 1) *Rispetto a quanto richiesto alla Art. 4, pag. 12 del Disciplinare di gara “Si precisa in questa sede che le Casse di assistenza dovranno fornire nei termini rappresentati nel proseguo del presente Disciplinare:*
  - il nominativo della (o delle) Compagnia di assicurazione con la quale EVENTUALMENTE stipulerà le (o la) polizze assicurative per le coperture oggetto dell’appalto;*
  - il relativo eDGUEresponse di ogni Compagnia di assicurazione EVENTUALMENTE indicata.”,**si chiede conferma che tali informazioni dovranno essere indicate già in sede di offerta nel modello fornito dalla Stazione Appaltante “B911D884FA Modello n. 1 Domanda di partecipazione”.*
- 2) *Si chiede conferma che sia da considerarsi un refuso quanto riportato alla pag. 10 del Disciplinare di gara art. 3, 4° capoverso “Stante la natura prevalentemente intellettuale del servizio – conformemente a quanto disposto all’art. 108, comma 9, del Codice - non vengono indicati i costi della manodopera né richiesta ai concorrenti l’indicazione dei costi della sicurezza attinenti all’appalto.” e che, pertanto, i suddetti costi della manodopera e della sicurezza siano invece da indicarsi vista la natura non intellettuale dei servizi assicurativi richiesti da codesta procedura.*
- 3) *Attesa la richiesta di partecipazione alla procedura di gara da parte di un Fondo o Cassa regolarmente iscritti all’Anagrafe dei Fondi Sanitari, per l’assunzione della contraenza e la ricezione dei relativi contributi, relativamente all’**“B911D884FA Modello n. 1 Domanda di partecipazione”** si chiede conferma che i dati che rimandano all’iscrizione alla camera di commercio siano da considerarsi un refuso e che debbano invece essere indicati i dati relativi all’**“ISCRIZIONE ALL’ANAGRAFE FONDI”**.*
- 4) *Attesa la specifica di cui alla pag. 11 Art. 4 del Disciplinare di gara sulla forma di partecipazione “...sono ammessi a partecipare esclusivamente gli operatori economici come identificati all’art. 51, comma 2, lettera a), del d.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e s.m.i. - denominati in questa sede Casse di assistenza - aventi esclusivamente finalità assistenziali ed operanti negli ambiti di intervento di cui all’art. 1, comma 3, del decreto 31 marzo 2008 del Ministero della Salute...”, qualora la Cassa partecipante non disponga di personale dipendente in ragione della sua natura di associazione priva di scopo lucrativo a norma dell’art. 51 del d.P.R., si chiede conferma che il CCNL richiesto negli atti di gara possa essere garantito dalle compagnie assicurative con le quali stipulerà le (o la) polizze assicurative per le coperture oggetto dell’appalto.*
- 5) *Si chiede conferma che il DGUE debba essere caricato nella piattaforma online nel solo formato XML come precisato nel Disciplinare, pag. 21 Art. 15.3 o sia necessario anche il formato PDF, entrambi firmati digitalmente.*

**Risposta n. 1**

- 1) Si conferma. Il/i eDGUEresponse della/e compagnia/e di assicurazione dovrà/dovranno essere inserito/i all’interno della busta amministrativa.
- 2) Si rimanda a quanto indicato nel Disciplinare di gara.
- 3) Si conferma.
- 4) Qualora la Cassa partecipante non disponga di personale dipendente e quindi non abbia un CCNL di riferimento lo dovrà dichiarare nel modello n. 1. La Cassa può precisare il CCNL applicato dalle compagnie di assicurazioni se individuate.
- 5) Si conferma che è necessario solo il formato XML del DGUE debitamente sottoscritto digitalmente.

**Domanda n. 2**

- 1) *Rif.: SCHEMA DI CONVENZIONE GENERALE - Nello Schema di Convenzione Generale, all’ART. 22 CLAUSOLA BROKER, a pag. 16 si legge: “La Cassa di assistenza riconosce che la provvigione del broker (attuale e futuro) è a proprio carico. La provvigione a favore dell’attuale Broker è nella misura dell’1,0006668% del contributo imponibile”. Si chiede se la provvigione del futuro Broker sarà anch’essa pari al 1,0006668%. In caso non lo fosse, si richiede di*

quantificare la provvигione da destinarsi al futuro Broker, in quanto tale informazione incide sulla valutazione del rischio.

- 2) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Nel Capitolato 1 Assistenza Base, all'ART. 1 OGGETTO DELLA COPERTURA, a pag. 3 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.*
- 3) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Nel Capitolato 1 Assistenza Base, all'ART. 5 PRESTAZIONI, al paragrafo c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI, al punto c.2 a pag. 7 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 49,00 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 PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA e 2 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, 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 49,00 euro sia da intendersi per prestazione, così come previsto nel piano in corso.*
- 4) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Nel Capitolato 1 Assistenza Base, all'ART. 5 PRESTAZIONI, al paragrafo c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI, al punto 1 PRESTAZIONI DI ALTA DIAGNOSTICA, a pag. 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", così come previsto nel piano in corso.*
- 5) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Per quanto concerne le prestazioni in garanzia con il paragrafo c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI e relativi sub-paragrafi del Capitolato 1 Assistenza Base, 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.*
- 6) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Relativamente al Capitolato 1 Assistenza Base, con riferimento al paragrafo f) MEDICINA PREVENTIVA a pag. 10, 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.*
- 7) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Relativamente al Capitolato 1 Assistenza Base, con riferimento al paragrafo i) CURE DENTARIE E PREVENZIONE ODONTOIATRICA, a pag. 11 si legge che "la copertura assicurativa di cui al presente punto i) è fruibile dagli Assicurati e solo in convenzione diretta [...] con un limite di assistenza pari a 900,00 euro per anno assistenziale". Si chiede conferma che il limite di assistenza sia da considerarsi per anno assistenziale e nucleo familiare.*
- 8) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Nel Capitolato 1 Assistenza Base, con riferimento al paragrafo j) LENTI E OCCHIALI a pag. 12, si chiede conferma che per "il rimborso delle spese sostenute dagli Assicurati per acquisto di lenti a contatto e/o occhiali da vista (lenti+montatura) con un limite annuo per ogni Assicurato pari a 300,00 euro per lenti a contatto e 500,00 euro per occhiali da vista" bastino il certificato del medico oculista di modifica del visus oppure la prima prescrizione certificata da medico oculista.*
- 9) *Rif.: CAPITOLATO 1 ASSISTENZA BASE - Nel Capitolato 1 Assistenza Base, con riferimento al paragrafo c) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE E/O AMBULATORIALI a pag. 10 si legge: "Viene fissato il limite per cure psicoterapiche per anno e per nucleo familiare pari a euro 2.500,00 o altro valore come risultante dall'offerta qualitativa presentata in sede di gara". Nella Scheda di Offerta Tecnica al criterio "Limite delle cure psicoterapiche di cui al punto 2.3 indicato all'art. 5, lettera c) punto 2 (prestazioni specialistiche) del Capitolato n. 1 Assistenza base" non viene però citato, tra le varie possibilità, il limite di 2.500 euro. Si chiede quindi che il riferimento nel capitolo ai 2.500 euro sia un refuso.*

## Risposta n. 2

- 1) Come indicato al paragrafo "Dati sul broker" a pag. 38 del Disciplinare di gara il vigente contratto con il broker società Verlingue S.p.a. ha scadenza il 15 dicembre 2025. L'Autorità, giusta determinazione n. 77/DAGR/2025 del 19 novembre 2025, ha già disposto di procedere - ai sensi dell'art. 63, comma 5, del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. (applicabile

*ratione temporis) - alla prosecuzione del servizio con il medesimo broker per ulteriori 24 mesi (con scadenza quindi al 15 dicembre 2027) alle medesime condizioni del contratto vigente.*

- 2) Si conferma.
- 3) Si conferma.
- 4) Si conferma.
- 5) Si conferma.
- 6) Si conferma.
- 7) Si conferma.
- 8) Si conferma.
- 9) Si conferma, il riferimento a 2.500 euro indicato nel Capitolato n. 1 Assistenza base è un refuso.

### **Domanda n. 3**

1. *In riferimento all'Art. 1 ASSICURATI del Capitolato n. 5 ed all'Art. 3 OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI, punto b), del Disciplinare di gara, si chiede di confermare che l'assicurazione infortuni sia prestata esclusivamente a favore dei dipendenti in servizio presso l'Autorità, attualmente pari a n. 258*
2. *Si chiede di confermare che l'assicurazione infortuni di cui al Capitolato n. 5 non sia ad adesione volontaria, ma sia prestata obbligatoriamente per tutti i dipendenti indicati nel quesito precedente.*
3. *Si chiede di indicare il numero di assicurati del lotto Infortuni dal 2020 al 2025*
4. *Con riferimento ai dipendenti in servizio presso l'Autorità, si chiede di indicare l'importo di RAL massima e l'importo di RAL media.*
5. *In riferimento all'Art. 3.11 Esclusioni del Capitolato n. 5, si chiede di confermare che gli infortuni avvenuti in stato di ebbrezza alcolica alla guida di veicoli siano equiparati agli infortuni causati da ubriachezza e debbano pertanto considerarsi esclusi dalla copertura assicurativa.*
6. *In riferimento all'Art. 3.12 Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni del Capitolato n. 5, si chiede di poter modificare il testo come segue: In ogni caso la Società non fornirà copertura assicurativa e non sarà tenuta a pagare alcun indennizzo né comunque alcuna somma in base alla presente assicurazione nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre la Società o qualsiasi suo dipendente o collaboratore a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni, secondo quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, della Svizzera, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.*

### **Risposta n. 3**

- 1) Si conferma.
- 2) Si conferma.
- 3) Vedasi la tabella di seguito riportata voce d1.

Categoria	2020	2021	2022	2023	2024	2025
D1	222	222	225	254	263	258

- 4) Il dato sulla RAL media è ottenibile dividendo la RAL aziendale per il numero delle teste assicurate. l'informazione della RAL individuale di punta non è disponibile allo stato.
- 5) No.
- 6) Dichiariamo la disponibilità alla adozione del testo di clausola proposto in caso di aggiudicazione all'operatore economico richiedente

*Comunicazione firmata digitalmente da:*

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