

1. Quesito

In relazione alla documentazione amministrativa da presentare ed, in particolare, alla domanda di partecipazione che deve essere redatta in bollo virtuale, si chiede cortese conferma che si possa procedere con l'assolvimento dell'apposizione del bollo sempre in modalità telematica ma attraverso apposito modello F23. A tal proposito si chiede, altresì, di voler gentilmente fornire i dati necessari per la compilazione del suddetto modello F23.

Risposta

Con riferimento alla richiesta in oggetto, si ribadisce che la domanda di partecipazione digitale deve essere redatta esclusivamente in bollo virtuale. A tal riguardo, si suggerisce di interfacciarsi con l'Agenzia delle Entrate per ricevere indicazioni in merito alle corrette modalità da seguire, in conformità con la normativa vigente.

2. Quesito

1. Si chiede conferma che in questa fase della procedura di gara non debba essere presentato il DGUE del subappaltatore o altra documentazione relativa a quest'ultimo. Si chiede quindi conferma che sia sufficiente che il concorrente che intenda far ricorso al subappalto compili l'apposita sezione del proprio DGUE indicando le prestazioni eventualmente subappaltate e la relativa quota.

2. Si chiede conferma che il concorrente non ancora autorizzato dall'Agenzia delle Entrate all'emissione del bollo virtuale, possa assolvere all'imposta di bollo apponendo una marca da bollo da 16 nell'Istanza di partecipazione.

3. Si chiede conferma che al punto 31 dell'Istanza di partecipazione anche se si fa riferimento alla terna si potrà indicare un solo subappaltatore. Analoga domanda vale anche per il DGUE.

4. Si chiede se alla seduta pubblica del 12 ottobre p.v. si potrà assistervi anche da remoto o solo in presenza fisica.

5. si chiede l'indicazione dell'attuale Compagnia Assicurativa con la quale AGCOM gode della polizza sanitaria ed il relativo testo di polizza in corso. Se tali dettagli non fossero disponibile, si chiede di ricevere le eventuali differenze delle condizioni di polizza tra quelle contenute nel Capitolato in corso e quelle fornite dai Capitolati Tecnici delle coperture assicurative disciplinate dalla presente gara.

6. Dal disciplinare di gara ART. 3 - OGGETTO DELL'APPALTO E IMPORTO si recepisce che le risorse per tipologia di assistenza e i premi sono: Premio Base d'asta Risorse Importo Complessivo Piano Base - attivi e familiari FC1.950,00 345672.750,00 Piano Base - quiescenti e familiari FC1.950,00 3874.100,00 Piano Base - familiari attivi ad adesione 700,00 10674.200,00 Piano Base - familiari quiescenti ad adesione 700,00 2819.600,00 Piano Base - altri familiari (attivi e quies) 1.950,00 3058.500,00 Piano aggiuntivo 600,00 15090.000,00 LTC 21.000,00 Infortuni 200.000,00 1.210.150,00. In merito si chiede che l'indicazione del totale annuo complessivo a base d'asta riportato a pagina 8 del disciplinare pari a 1.204.150 Euro sia un refuso. In alternativa si chiede di fornire l'interpretazione corretta.

7. Si chiede conferma che: Il premio di 1.950,00 per l'assistenza Base per i dipendenti in servizio e in quiescenza sia un premio a nucleo e che i familiari fiscalmente a carico come descritto dal disciplinare non debbano pagare un premio aggiuntivo. In alternativa si chiede di fornire l'interpretazione corretta. Il premio di 700,00 per l'assistenza Base per i familiari facoltativamente assistibili dei dipendenti attivi e quiescenti sia un premio pro-capite. Il premio annuo complessivo di 21.000 per la copertura LTC sia riferito alle 345 risorse pari al numero di dipendenti attivi.

8. Si chiede conferma della corretta interpretazione di ciò che è scritto nel Capitolato 1 per quanto riguarda i soggetti facoltativamente assistibili in relazione ai livelli di premio posti a base d'asta riportati sul Disciplinare: Per il coniuge e i figli, anagraficamente conviventi con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 700, pro-capite; Per il coniuge e i figli, NON anagraficamente conviventi con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 700, pro-capite; Per il convivente more uxorio ed i figli di questo, anagraficamente conviventi con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 700, pro-capite; Per gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito e o fiscalmente o non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 1.950, pro-capite; Per gli altri parenti ed affini entro il 2° grado, NON anagraficamente conviventi con l'Assistito e non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 1.950, pro-capite. In alternativa si chiede di fornire l'interpretazione corretta.

9. Si chiede conferma che il piano di assistenza aggiuntiva sia offerto esclusivamente a coloro che aderiscono all'assistenza base.

In alternativa, si chiede di fornire l'interpretazione corretta.

10. Si chiede conferma che gli aumenti di massimale previsti nell'assistenza aggiuntiva operino in estensione dei massimali dell'assistenza Base fermo restando scoperti e franchigie ove previsti.

11. Si chiede conferma che la copertura LTC operi in favore dei soli dipendenti attivi e non operi in favore dei dipendenti in quiescenza e dei familiari. In alternativa, si chiede di fornire l'interpretazione corretta.

12. Per la copertura infortuni si chiede:

di fornire le condizioni in corso o differenze rilevanti rispetto a capitolato 4 a base d'asta

conferma che sia offerta esclusivamente in favore dei soli dipendenti attivi. In alternativa, si chiede di fornire l'interpretazione corretta.

di fornire l'importo complessivo annuo della RAL dei 345 dipendenti.

di fornire le informazioni anagrafiche riguardanti la distribuzione di età e sesso della popolazione da assicurare.

Di fornire il premio in corso.

Di fornire il numero e gli importi dei sinistri per le ultime 3 annualità possibilmente distinti tra rischi professionali e rischi extra professionali e per annualità.

13. Per le coperture base e aggiuntiva si chiede di fornire:

a) le condizioni in corso o differenze rilevanti rispetto ai capitolati 1 e 2 a base d'asta

b) I livelli di premio in corso.

c) Le adesioni dei familiari volontariamente assistibili e le adesioni degli altri familiari negli ultimi 3 anni.

d) I premi complessivi per le ultime 3 annualità distinti per tipologia di assistenza (base e aggiuntiva);

e) I sinistri per le ultime 3 annualità distinti per:

i. tipologia di assistenza (base e aggiuntiva),

ii. garanzia

iii. erogazione presso strutture convenzionate, rimborsati in regime rimborsuale presso strutture non convenzionate e sinistri rimborsati mediante tickets sanitari.

iv. Tipologia di assicurato (titolare attivo/in quiescenza e relativo nucleo FC, familiari ad adesione facoltativa, altri familiari).

14. Per la copertura LTC si chiede di fornire:

le condizioni in corso o differenze rilevanti rispetto al capitolato 3 a base d'asta

i sinistri per le ultime 3 annualità riportando numero e importi pagati

i premi in corso

I premi complessivi per le ultime 3 annualità.

15. si chiede la data di decorrenza e di scadenza delle attuali coperture in corso.

16. Si chiede se sia prevista l'intermediazione di un broker. In caso affermativo, si chiede di fornire la percentuale di provvigione che il concorrente dovrà riconoscergli.

17. All'articolo 3 del Capitolato 1 si legge: Ad eccezione di tutti coloro che aderiscono alla copertura in oggetto senza soluzione di continuità da precedente copertura assistenziale stipulata dall'Autorità (assistenza base dipendenti e assistenza base pensionati), è fatto obbligo della compilazione di un questionario anamnestico da parte di:

- tutti gli Assicurati diversi da titolare, coniuge, figli, conviventi more uxorio e figli di questo, fratello e sorella;

- tutti gli Assicurati che abbiano compiuto 75 anni al 31 dicembre 2020;

- tutti gli Assicurati al compimento del 75° anno durante il periodo di copertura assicurativa oggetto del presente capitolato.

Al fine di circoscrivere in maniera esatta il perimetro dei soggetti destinatari della compilazione del Questionario Sanitario, si chiede se la continuità rispetto alla precedente polizza possa riguardare anche i soggetti sopra indicati, che quindi ne sarebbero esclusi. O meglio: un parente dell'Assicurato, diverso da quelli indicati (coniuge, figli, ecc), al quale fosse già stata estesa la precedente copertura, saranno tenuti a compilare il questionario prima dell'inserimento in questa nuova copertura, o andranno anch'essi in continuità come il dipendente o il pensionato che ne fossero già beneficiari?

18. L'art. 3 del Capitolato 1 e l'art. 2 del Capitolato 2 introducono l'adozione del Questionario Sanitario non solo per valutare eventuali limitazioni di garanzia, ma anche per guidare l'assunzione del rischio da parte di Compagnia; tale ultima funzione parrebbe non in linea con la previsione della normativa di settore in base alla quale tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi (d.lgs 502/92, art. 9). Si richiede, pertanto, di limitare la funzione del Questionario Sanitario alla sola definizione di eventuali limitazioni di garanzia, espungendo dai Capitolati la seguente previsione Per i soggetti tenuti alla compilazione del questionario anamnestico il diritto alle prestazioni è subordinato all'accettazione da parte della Cassa che avverrà a mezzo di comunicazione scritta entro 30 giorni dalla richiesta.

19. Nella PREMESSA del Capitolato 3 LTC si fa riferimento alla sopravvenuta non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana, e nel resto dell'articolato si fa semplicemente riferimento al termine non autosufficienza. Si chiede se siano presenti altri documenti dove sia indicata con più precisione la definizione di non autosufficienza, ad esempio precisando quali e quante attività della vita quotidiana debbano risultare pregiudicate affinché si possa ritenere verificato tale stato (in maniera analoga a quanto normalmente avviene nella prassi assicurativa).

20. All'articolo 3 del Capitolato 3 LTC, con riferimento all'accertamento dello stato di non autosufficienza, si parla genericamente di documentazione sanitaria relativa, senza alcuna precisazione a riguardo. Questa documentazione viene per caso indicata in altri documenti? possibile essere più analitici nel fornire tale indicazione?

21. Dalla lettura dell'articolo 5 del Capitolato 3 LTC emergono i seguenti punti che non paiono del tutto chiari:

- Su quali basi l'Autorità si riserva la possibilità di comunicare per ciascun Assicurato, eventuali variazioni della rendita annuale rispetto a quella predeterminata? una scelta che l'Autorità deve esercitare al momento dell'inserimento degli Assicurati in copertura, come parrebbe desumersi dalla tabella posta in fondo al documento (leggendo la quale sembrerebbe che, a seconda dell'importo da assicurare, l'Autorità dovrebbe produrre una certa tipologia di documentazione relativa all'Assicurato)? Oppure tale scelta può essere effettuata anche una volta che l'Assicurato sia già entrato in copertura?

- Come si concilia la scelta di cui sopra con quanto scritto all'articolo 3 (ai sensi del quale l'Autorità pagherà un premio commisurato all'erogazione di una rendita di 18 mila euro e, una volta che la rendita inizia ad essere erogata, il premio relativo alla posizione del singolo assicurato non verrà più versato)? Parrebbe cioè verificarsi una situazione in cui, a fronte di un premio calcolato con riferimento all'erogazione di una rendita di 18 mila euro all'anno, potrebbe essere erogata una rendita fino a 72 mila euro.

- La rendita viene definita annuale, anticipata e vitalizia. Indipendentemente dai dubbi sopra esposti in merito all'importo annuale, la corresponsione di questa somma ha un limite massimo (a livello di importo complessivo o di durata) oppure prosegue fino a che perduri lo stato di non autosufficienza, potenzialmente anche per il resto della vita dell'Assicurato (sebbene il contratto assicurativo nel frattempo scada)?

22. Con riferimento al seguente chiarimento R: Richiesta chiarimenti 04 09 2020 - Con riferimento alle richieste di chiarimenti pervenute in data 4/09/20, si rappresenta quanto segue: Risposta: 1. Con riferimento alla richiesta se l'ausiliaria debba possedere il requisito speciale dell'idoneità professionale di cui al paragrafo 7.1 del disciplinare di gara ossia essere una Cassa di assistenza in possesso dell'iscrizione all'anagrafe dei fondi integrativi sanitari, si precisa che l'ausiliaria può anche non essere una Cassa, purché il requisito speciale di cui all'art. 7.1 del Disciplinare sia in capo ad altri enti/società del raggruppamento tra impresa ausiliaria e impresa ausiliata che concorrono alla procedura di gara. Si chiede conferma la stazione appaltante non intendesse dire che l'ausiliata concorrente e l'ausiliaria debbano concorrere in RTI.

23. Si chiede conferma che, in caso di avvalimento, il requisito dell'iscrizione all'Anagrafe dei fondi Sanitari di cui al paragrafo 7.1 del disciplinare debba essere posseduto solo dall'ausiliata concorrente.

24. Con riferimento al seguente chiarimento R: Richiesta chiarimenti 04 09 2020 - Con riferimento alle richieste di chiarimenti pervenute in data 4/09/20, si rappresenta quanto segue: Risposte: 1) In riferimento ai requisiti indicati ai paragrafi 7.1, 7.2, 7.3 del Disciplinare di gara, si conferma che gli stessi possono essere posseduti o dalla Cassa di Assistenza o dalla Compagnia di cui la Cassa si avvale per fornire il servizio. si chiede conferma che se la Cassa partecipa singolarmente alla gara può fare avvalimento per i requisiti di cui ai paragrafi 7.2, 7.3 del disciplinare alla Compagnia o ad una delle Compagnie con le quali stipulerà le polizze per le coperture oggetto dell'appalto e fermo restando che l'ausiliaria non dovrà possedere il requisito dell'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari in quanto posseduto dalla Cassa concorrente.

25. Nel caso sia possibile far avvalimento alla Compagnia nei termini indicati nel precedente quesito, si chiede conferma che, con riferimento al requisito di cui al paragrafo 7.2, la raccolta contributi dovrà essere intesa come raccolta premi.

26. Si chiede conferma che nell'offerta economica non si debbano indicare i costi della manodopera e gli oneri aziendali per la sicurezza perché il servizio oggetto del presente appalto è riconducibile ai servizi di natura intellettuale e pertanto, non risultano applicabili alla presente procedura gli artt. 95 comma 10 e 97 comma 5 lettera d) del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i..

27. Con riferimento al requisito della Cassa di Assistenza dell'essere iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, si chiede conferma che tale requisito si intenda soddisfatto se la Cassa possiede l'attestazione di iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari del 2019 e abbia presentato la richiesta di rinnovo dell'iscrizione per l'anno 2020.

Risposta

1. Si conferma che non trova applicazione la norma sull'indicazione della terna di subappaltatori in quanto il comma 6 dell'art. 105 del Codice Appalti è sospeso fino al 31 dicembre 2020 in virtù del decreto-legge n. 32/2019, convertito dalla legge n. 55/2019 e che pertanto il concorrente deve indicare nel proprio DGUE solo un nominativo del subappaltatore.

Ved. anche FAQ 2

2. Con riferimento alla richiesta in oggetto, si ribadisce che la domanda di partecipazione digitale deve essere redatta esclusivamente in bollo virtuale. A tal riguardo, si suggerisce di interfacciarsi con l'Agenzia delle Entrate per ricevere indicazioni in merito alle corrette modalità da seguire, in conformità con la normativa vigente.

3. Si conferma quanto già chiarito nel disciplinare al riguardo.

4. Sono possibili entrambe le modalità. Si rimanda al riguardo a quanto al punto 18.2.5 del Disciplinare.

5. La Cassa di assistenza che gestisce i piani sanitari è Assicassa UniSalute - UnipolSai.

Per completezza, si rappresenta che il perimetro delle prestazioni relative alla procedura in oggetto è sostanzialmente differente da quelle dell'affidamento vigente. A tal riguardo si suggerisce di consultare i precedenti atti di gara relativi al CIG: 6434825991, sulla sezione Autorità Trasparente al link <http://www.agcom.it/banca-dati-bandi-di-gara-e-contratti->

6. Per mero errore materiale il numero presunto di polizze assistenza aggiuntiva (punto d.6 di pag. 8) deve intendersi 140 anziché 150 unità, ossia:

d.6 assistenza aggiuntiva: premio annuo procapite pari a 600,00 euro (soggetto a ribasso d'asta) [stima n. 140 risorse].

7. Si confermano le affermazioni.

8. Non si conferma la seguente affermazione

Per gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito e o fiscalmente o non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 1.950,00 pro-capite.

La corretta interpretazione, come riportata al punto d.4 del disciplinare (pag.7) è

Per gli altri parenti ed affini entro il 3° grado, anagraficamente conviventi con l'Assistito e o fiscalmente o non fiscalmente a carico del medesimo, il premio a base d'asta è pari a 700,00 pro-capite.

9. Si conferma.

10. Si conferma.

11. Si conferma.

12.

a) si suggerisce di consultare i precedenti atti di gara relativi al CIG: 6434825991, sulla sezione Autorità Trasparente al link <http://www.agcom.it/banca-dati-bandi-di-gara-e-contratti->

b) si conferma

c) RAL totale 2019: 33.478.449,33 euro

d) dati non disponibili

e) il premio annuo lordo attualmente versato, comprensivo di eventuali regolazioni, è pari a circa 200.000,00 euro annui per la copertura infortuni. Per completezza, come già pubblicato, si rappresenta che il perimetro delle prestazioni relative alla procedura in oggetto è sostanzialmente differente da quelle dell'affidamento vigente.

f) Ad ogni buon fine, si trasmette in allegato il report già pubblicato sulla piattaforma con il riepilogo del ramo infortuni, per il periodo 2016 - 2019, ed il report con l'elenco non nominativo degli infortuni, non disponibile per il 2020.

13.

a) Al riguardo si suggerisce di consultare i precedenti atti di gara relativi al CIG: 6434825991, sulla sezione Autorità Trasparente al link <http://www.agcom.it/banca-dati-bandi-di-gara-e-contratti->

b) Il premio annuo lordo attualmente versato, comprensivo di eventuali regolazioni, è pari a circa 650.000,00 euro annui per la copertura sanitaria

c) Dati non disponibili

d) ed e) Si rimandano, in allegato, i report già pubblicati sulla piattaforma con la Reportistica Sinistri Piani Sanitari Agcom 1° (anno 2016) - 2° (anno 2017) - 3° (anno 2018) - 4° (anno 2019) annualità, laddove per ogni distinta Assistenza (ASSISTENZA N. 1 BASE - DIPENDENTI - ASSISTENZA N. 2 BASE - PENSIONATI - ASSISTENZA N. 3 AGGIUNTIVA). Il 2020 non è disponibile.

14. In relazione alla copertura LTC di cui al capitolato 3 si conferma che si tratta di copertura nuova di cui non sono disponibili dati storici.

15. In relazione alla data di decorrenza: ved. Disciplinare Art. 1 Premesse, pag. 2; copertura sanitaria dal 1.01.2021, copertura infortuni dal 9.05.2021; data di scadenza delle attuali coperture in corso: ramo Sanitario, 31.12.2020; ramo infortuni 08.05.2021.

16. Non è prevista l'intermediazione di un broker.

17. L'eccezione riguarda i soli titolari che aderiscono alla nuova polizza in continuità. I familiari tutti dovranno compilare il questionario anamnestico come gli assicurati al compimento del 75mo anno d'età. Cfr. art. 3 del capitolato 1.

18. Non si ritiene che debba essere apportata alcuna modifica al Capitolato. La previsione codifica in modo chiaro la facoltà da parte dell'assicurazione di operare limitazioni della garanzia - anche totali - che ricorre in procedure di gara analoghe.

19. Si conferma che il criterio per la valutazione dello stato di non autosufficienza è lasciato alle modalità definite dalla Compagnia.

Ved. anche FAQ 2.

20. Ved. risposta n. 19

21. La rendita da assicurare è una scelta che l'Autorità esercita al momento dell'inserimento degli Assicurati in copertura.

Per i dipendenti non più autosufficienti, Agcom cesserà di pagare il premio dalla data denuncia, data dalla quale decorre il pagamento della rendita.

La rendita prosegue fino a che perduri lo stato di non autosufficienza, anche oltre il perdurare del contratto di assicurazione.

22. La parola raggruppamento è stata usata in senso non tecnico. Non si richiede un RTI.

23. Si conferma.

24. Si conferma.

25. Si conferma.

26. Si conferma.

27. Si conferma.

3. Quesito

"In riferimento al Disciplinare di Gara (paragrafo 7.3, punto 5 pag. 13), dove si fa riferimento ad una Centrale Operativa (orario 9-19) e ad una h 24/7 per prestazioni sanitarie mediche in emergenza, si chiede di chiarire i servizi gestiti dalle 2 centrali indicate".

- In riferimento al Disciplinare di Gara (paragrafo 7.3, punto 6 pag. 13), dove si fa riferimento all'apposito servizio web/sito internet, si chiede in merito alla modulistica per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie se è previsto esclusivamente un servizio on line. Se no, indicare altre modalità.

Risposta

-Si tratta di servizi di prima assistenza e di prenotazione per l'accesso alle prestazioni assicurate.

-Si conferma quanto al punto 6 di pag. 13 del Disciplinare a cui si rimanda.

4. Quesito

- 1) Indicazione delle retribuzioni medie annue suddivise per categorie professionali.
- 2) Indicazione del numero aderenti alle coperture Long Term Care LTC e Infortuni Professionali ed extra-Professionali in essere al 26 giugno 2020.
- 3) Reportistica dei sinistri relativi alla copertura in uso con indicazione dei premi annui e numerosità della popolazione di riferimento, distinta tra titolare della Copertura e componenti del nucleo familiare.
- 4) In riferimento all'art. del 7.2 del Disciplinare, relativo al requisito in base al quale, ogni singolo operatore economico deve, a pena di esclusione, avere realizzato negli anni 2017, 2018 e 2019 una raccolta contributi media annua pari almeno a 2.000.000,00 euro che comprenda coperture assicurative di tutti e due i rami (Sanitario e Infortuni) oggetto del piano sanitario dell'Autorità, si chiede conferma che il requisito debba complessivamente intendersi, riferendosi ai 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 e n. 4, inerenti ai due Rami a-tecnicamente definiti con denominazione propria del settore assicurativo (Sanitario e Infortuni).
- 5) In riferimento agli articoli 7.3.2, 7.3.3. e 7.3.4. del Disciplinare, dai quali si evince che l'operatore economico deve - a pena di esclusione - avere la disponibilità, al momento della presentazione dell'istanza di partecipazione, di una propria rete di strutture sanitarie convenzionate, una rete di strutture di medici convenzionati e di medici dentisti convenzionati, si chiede conferma che un partecipante in forma singola possa assolvere tale requisito attraverso l'utilizzo delle strutture fornite attraverso un accordo di partnership preesistente a carattere continuativo con un terzo soggetto che funge da service provider, senza con ciò richiedere il ricorso all'avvalimento o accordo analogo.
- 6) In considerazione della possibilità riconosciuta di partecipare al presente bando alle società generali di mutuo soccorso in forma singola e in considerazione del fatto che una società di mutuo soccorso non possa erogare prestazioni di rendita rivalutabili, si chiede di chiarire come debba essere inteso l'art. 5 del capitolato n. 3 long term care - LTC che prevede l'erogazione con periodicità mensile, nei casi ivi indicati, di una rendita vitalizia anticipata rivalutabile annualmente. Chiediamo altresì conferma che tale articolo debba essere inteso come erogazione di un contributo/sostegno economico per il rimborso delle eventuali spese sostenute mensilmente dall'assistito, collegate allo stato di non autosufficienza riconosciuto, in ogni caso non rivalutabile, conformemente alla disciplina applicabile alle società di mutuo soccorso.

Risposta

- 1) Con riferimento alla richiesta in oggetto, si trasmette in allegato il report con le retribuzioni medie annue suddivise per categorie professionali (RAL complessive anni 2016, 2017, 2018 e 2019).**
- 2) Come già pubblicato sulla piattaforma e nelle FAQ presenti sul sito web Agcom: in relazione alla copertura LTC di cui al capitolato 3, si evidenzia che si tratta di una nuova copertura non prevista dalle polizze vigenti.**

Con riferimento alla copertura infortuni, si segnala che si tratta di polizza collettiva in capo all'Amministrazione nei confronti di un numero di dipendenti stimato presuntivamente in 345 risorse totali, come previsto dal Disciplinare a pag. 7.