



Risposta al 15° quesito

Con riferimento alla procedura aperta per l'affidamento dei servizi di assistenza sanitaria integrativa, è giunto il seguente quesito formulato da un utente relativamente alla gara con ID 653: PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA (lotto 1):

“Si chiede gentilmente all'Ente di indicare:

- 1) i premi annui complessivi e le numerosità delle teste assicurate ripartite tra titolari, coniugi e altri familiari delle annualità 31/01/2022-31/01/2023, 31/01/2023-31/01/2024 e 31/01/2024-31/01/2025, sia per i dipendenti che per i deputati;*
- 2) Si chiede gentilmente all'Ente di specificare se le statistiche sinistri condivise sono state fatte solamente dai titolari oppure anche dai famigliari, sia per i dipendenti che per i deputati;*
- 3) Relativamente all'articolo C. MODALITA DI PRESENTAZIONE E CRITERI DI AMMISSIBILITA' DELLE OFFERTE, alla lettera B), al criterio di valutazione 14 dell'Offerta Tecnica, a pag. 11 del Disciplinare Lotto I e Lotto II, si legge: “Estensione del tariffario convenzionato - Estensione in tutto o in parte del tariffario convenzionato tra la Compagnia e la rete Network per prestazioni ulteriori per numero o tipologia rispetto a quelle incluse nel Capitolato.” Si chiede gentile conferma all'Ente che per il criterio di valutazione 14 si possa interpretare quanto di seguito riportato: Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura sanitaria convenzionata, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati della Compagnia con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. In caso contrario, si chiede di spiegare cosa si intende al criterio di valutazione 14.*
- 4) Relativamente all'articolo C. MODALITA DI PRESENTAZIONE E CRITERI DI AMMISSIBILITA' DELLE OFFERTE, alla lettera C), a pag. 12 del Disciplinare Lotto I e Lotto II, si legge: “Euro 800,00, oltre*

oneri fiscali, per ciascuno degli altri familiari purché fiscalmente a carico.” Si chiede gentile conferma all’Ente che per “ciascuno degli altri familiari purché fiscalmente a carico” sia corretto intendere “i figli fiscalmente a carico, anche se momentaneamente non conviventi”, in accordo con la definizione di nucleo familiare riportata a pag. 7 dell’Allegato 2 Glossario;

- 5) Relativamente all’articolo B.2 Durata del contratto a pag. 3 del Disciplinare Lotto I e Lotto II, si chiede gentilmente all’Ente di indicare la data di effetto del contratto;*
- 6) Relativamente all’articolo B.2.1 Proroga annuale a pag. 3 del Disciplinare Lotto I e Lotto II, si chiede gentile conferma all’Ente che per la Compagnia non sia obbligatorio concedere la prosecuzione del contratto per ulteriori 12 mesi qualora richiesta, in accordo con i punti 3 e 4 dell’articolo 22 Durata dell’assicurazione riportato a pag. 28 del Capitolato Lotto I e Lotto II;*
- 7) Relativamente all’articolo B.3 Valore dell’appalto a pag. 3 del Disciplinare Lotto I e Lotto II, si chiede gentilmente all’Ente di spiegare come è stato ottenuto il valore stimato dell’appalto di € 1.400.000/00 per il Lotto I e di € 445.000/00 per il Lotto II;*
- 8) All’articolo 34 Recesso, a pag. 35 del Capitolato Lotto I e Lotto II, si legge: “1. Fermo restando l’importo annuale del premio per ciascun Assistito, è facoltà della Compagnia richiedere, entro i 120 giorni successivi alla scadenza annuale del contratto, la rinegoziazione in presenza di elevata e documentata sinistrosità che abbia determinato un considerevole squilibrio complessivo tra il totale dei premi pagati dal Fondo nel precedente anno e gli indennizzi erogati dalla Compagnia. Il Fondo, previa valutazione delle modifiche proposte dalla Compagnia in relazione all’equilibrio giuridico-economico complessivo del contratto e delle relative coperture, accetta in tutto o in parte la proposta di rinegoziazione entro i successivi 90 giorni. La rinegoziazione può essere chiesta in ciascuna annualità con le medesime modalità e procedure. 2. L’anno successivo alla richiesta di rinegoziazione, è facoltà di ciascuna delle parti esercitare il recesso entro i 120 giorni successivi alla scadenza annuale. Il recesso determina la cessazione del servizio di assistenza il 60° giorno successivo.” Si chiede gentile conferma all’Ente che “entro i 120 giorni successivi alla scadenza annuale” sia un refuso e che sia invece corretto interpretare entro i 120 giorni precedenti alla scadenza annuale. Se così non fosse, l’articolo 34 Recesso non*



conterrebbe un'effettiva possibilità di recedere per entrambe le parti l'anno successivo alla richiesta di rinegoziazione, in quanto l'esercizio del recesso non può essere successivo alla data di scadenza annuale. In altre parole, il contratto resterebbe comunque attivo dalla scadenza annuale al momento di richiesta del recesso.

- 9) *Nel Capitolato Lotto I, Art. 5 - Tipologia di prestazioni, lett. B) Pagamento indiretto o rimborsuale: strutture non convenzionate, 2), è scritto: "Qualora un Assistito abbia già ottenuto, da altro ente (Fornitore, Compagnia assicurativa, cassa di assistenza, fondo, ecc.) un parziale rimborso per le spese sanitarie previste dalla presente copertura, la stessa opererà in via integrativa, senza applicazione di nessuno scoperto o franchigia. Resta fermo che il rimborso complessivamente erogabile non potrà superare il 100% della spesa sostenuta. A tale scopo l'Assistito dovrà presentare la documentazione di spesa unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Ente.". Si chiede gentile conferma all'Ente che la copertura richiesta con la presente procedura di gara, per entrambi i Lotti, sia da intendersi a primo rischio. In caso contrario, si chiede di indicare la stima del numero di Assistiti per i quali è richiesta una copertura a secondo rischio e quale Fondo opera a primo rischio;*
- 10) *In riferimento al Capitolato Lotto I, Art. 9 - Ricovero e altre prestazioni, lett. A. Spese per ricoveri, spese connesse con i ricoveri e spese assimilate, 9.8 - Modalità di erogazione delle prestazioni, A) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati: "1. In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti: [...] che vengono coperte in favore dell'Assicurato nei limiti previsti dai punti indicati". Si chiede conferma che in tale caso con il termine "coperte" si intenda "rimborsate".*

In riscontro al suddetto quesito si precisa quanto segue.

Innanzitutto si deve osservare che nel quesito l'oggetto è riferito solo al Lotto 1, ma le richieste di informazioni concernono in realtà entrambi i lotti della medesima gara.



Poiché il medesimo utente non ha formulato un analogo quesito per il Lotto 2, stante l'impossibilità per la scrivente stazione appaltante di rispondere nel Lotto 2 a quesiti non pervenuti, ma al fine di andare comunque incontro alle richieste di informazioni attinenti a tale ultimo Lotto, nell'elaborare le risposta si procederà come segue: la risposta principale concerne sempre il Lotto 1, mentre ove presente sullo stesso tema anche una seconda richiesta di informazioni sul Lotto 2, la seconda risposta verrà giustapposta e affiancata alla prima all'interno del medesimo testo. Su due aspetti che possono, però, essere di interesse generale, verrà effettuata una comunicazione di chiarimento per tutti.

1. Questi dati sono già stati forniti rispondendo a precedenti quesiti e sono reperibili nelle risposte già pubblicate tanto sul sito web dell'Assemblea regionale siciliana quanto sulla piattaforma DIGITAL PA; si precisa che la domanda, come formulata, attiene ad entrambi i Lotti sicché i dati per ciascuno di essi sarà rinvenibile consultando le rispettive risposte;
2. Le statistiche condivise attengono ai sinistri occorsi all'intera platea degli assicurati per ciascun Lotto distintamente per dipendenti e deputati. Dunque, sì, sono inclusi nelle statistiche:
 - gli iscritti a ciascun Fondo;
 - i componenti dei nuclei familiari che hanno chiesto l'estensione della copertura a titolo pienamente oneroso;
 - i pensionati aderenti e i familiari di questi ultimi che abbiano chiesto l'estensione con oneri interamente a proprio carico.Per componenti del "nucleo familiare" si intendono il coniuge (cui sono equiparati il convivente *more uxorio* o il soggetto unito civilmente) anche non fiscalmente a carico, e i figli ove fiscalmente a carico; per "familiari" si intendono i figli fiscalmente a carico;

3. L'interpretazione data dall'utente al criterio di valutazione 14 dell'Offerta Tecnica, a pag. 11 del Disciplinare Lotto I e Lotto II, è corretta. La Compagnia aggiudicataria in tal caso indicherà in sede di contratto le modalità operative per l'applicazione all'Assicurato delle tariffe convenzionate oggetto dell'offerta tecnica;
4. Si conferma che negli atti di gara con la dicitura "*familiare fiscalmente a carico*" ci si riferisce ai "*figli fiscalmente a carico, anche se momentaneamente non conviventi*";
5. La data di effetto del contratto è quella che sarà determinata nella stipula successiva all'aggiudicazione. Tale data di effetto sarà successiva al 28 febbraio 2026, termine di scadenza dell'attuale proroga tecnica;
La data di decorrenza della copertura sarà quella determinata dopo la conclusione della gara tra la Stazione appaltante e l'aggiudicatario. L'aggiudicatario – salvo diverso accordo bilaterale con la Stazione appaltante dopo l'aggiudicazione definitiva o in sede di contratto – deve rendersi disponibile ad iniziare il servizio, partendo immediatamente dagli adempimenti previsti nei Capitolati, con applicazione della copertura a richiesta della Stazione appaltante a decorrere dal primo giorno successivo alla scadenza della proroga tecnica attualmente fissata per il 28 febbraio.
6. La prosecuzione del servizio per ulteriori 12 mesi dopo il triennio è regolata dai commi 3 e 4 dell'articolo 22 del Capitolo, tanto nel Lotto 1 quanto nel Lotto 2. Come ivi indicato, è facoltà del Fondo, entro 90 giorni dalla scadenza triennale, richiedere espressamente la prosecuzione e in tal caso la Compagnia aggiudicataria sarà tenuta a proseguire, salva l'ipotesi in cui non

abbia già comunicato, nei termini previsti per il preavviso di cui al summenzionato comma 4, l'intensione di non proseguire.

7. Le modalità di calcolo, già richieste in precedenti quesiti, sono state indicate nelle relative risposte rispettivamente per il Lotto I e per il Lotto 2;
8. L'articolo 34 regola la rinegoziazione e il recesso in relazione alla sinistrosità. Per tale ragione le relative procedure sono attivabili solo alla chiusura dell'anno, in un momento che consenta di conoscere i dati sugli indennizzi erogati.

La rinegoziazione potrà essere chiesta solo dalla Compagnia tanto al termine del primo anno quanto al termine degli anni successivi al ricorrere delle condizioni ivi previste con riferimento alla sinistrosità. La rinegoziazione non potrà concernere il premio, ma potrà estendersi agli altri aspetti del rapporto negoziale e agli oneri a carico della Compagnia derivanti dal contratto.

Il recesso non potrà essere esercitato il primo anno da nessuna delle parti. Esso potrà essere attivato solo l'anno successivo se nel primo è avvenuta la rinegoziazione.

Ad esempio in caso di elevata e documentata sinistrosità che abbia determinato un considerevole squilibrio complessivo tra il totale dei premi pagati dal Fondo e gli indennizzi erogati dalla Compagnia nel primo anno, potrà essere attivata la rinegoziazione in un momento successivo alla chiusura dell'anno che consenta di conoscere i dati effettivi della suddetta sinistrosità; nel secondo anno la Compagnia, da un alto, potrà riattivare la procedura di rinegoziazione ovvero, dall'altro alto, potrà azionare il recesso in un momento successivo alla chiusura dell'anno, ma esso non avrà effetto immediato, bensì posticipato



di 60 giorni. Dunque, il recesso è attivabile da parte della Compagnia.

9. L'articolo 5, punto B.2, del Capitolato attiene solo ai casi in cui l'Assistito abbia ottenuto, da altro ente (ad es. da una Compagnia assicurativa in un caso in cui sia vittima di incidente stradale) un parziale rimborso per le spese sanitarie per le stesse prestazioni previste dalla presente copertura.

La copertura assicurativa della presente gara è “a primo rischio” per tutti gli Assicurati.

10. Si conferma.

Palermo, 15 dicembre 2025

Il Responsabile Unico del Progetto
(Dott. Rosario Micciché)