



Risposta al 23° quesito

Relativamente alla procedura aperta per l'affidamento dei servizi di assistenza sanitaria integrativa, un utente ha formulato i seguenti quesiti riguardanti il Lotto 1:

“1) Con riferimento all'articolo C. MODALITA' DI PRESENTAZIONE E CRITERI DI AMMISSIBILITA' DELLE OFFERTE, lettera B), di entrambi Disciplinari di Gara ‘LOTTO I’ e ‘LOTTO II’, si legge: ‘Nella ‘busta documentazione offerta tecnica’ devono essere inseriti, in documenti separati sottoscritti dai soggetti indicati a proposito della sottoscrizione della busta ‘Documentazione amministrativa’, le considerazioni dell’offerente in ordine agli elementi di seguito elencati, fermo restando il rispetto delle caratteristiche minime richieste nel Capitolato speciale d’appalto...’. Si chiede gentile conferma che tutti i criteri di valutazione indicati nelle tabelle di entrambi i lotti, di cui all’articolo soprariportato, siano da esplicitare e descrivere all’interno della relazione tecnica richiamata a pagina 12 di entrambi i Disciplinari.

2) Capitolato Lotto I, Art. 9.6 - Parto e aborto, sotto-art. 9.6.1 - Parto cesareo, ultimo comma: ‘In caso di parto cesareo effettuato in Struttura pubblica del S.S.N. o in Strutture con esso accreditate, la Società provvede al rimborso delle spese per le prestazioni di cui ai precedenti commi, nei limiti in cui sono state sostenute dall’Assistita.’. Lo stesso si norma al comma 4 del sotto-articolo successivo 9.6.2 - Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo. Si chiede conferma che: a) In caso di Parto/aborto in struttura SSN – in alternativa alla corresponsione dell’indennità sostitutiva – sono garantite eventuali spese rimaste a carico dell’Assistita per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, e le spese per le prestazioni di cui ai punti 9.1 - Ricovero in Istituto di cura lett. e) ‘‘Accompagnatore’’ e g) ‘‘Post-ricovero’’, e 9.2 ‘‘Trasporto sanitario’’ (con il relativo limite in esso indicato). b) Con la frase ‘‘nei limiti in cui sono state sostenute dall’Assistita’’ si intenda senza applicazione di franchigia/ scoperto, ma entro il limite del massimale previsto (€ 8.000/6.000), e



fermo il limite della garanzia Trasporto sanitario. Le stesse richieste si pongono anche per i rispettivi punti/articoli del Lotto II;

3) In riferimento al rimborso delle prestazioni di assistenza infermieristica domiciliare di cui all'Art. 11 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici, Capitolato Lotto I, si chiede conferma che l'applicazione dei limiti di indennizzo normati al comma 6 – scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 – si intenda in questo caso per Fattura/persona (non trattandosi di visita specialistica/accertamento diagnostico). In caso di risposta negativa, si chiede gentilmente all'Ente se, a seguito di aggiudicazione, sia possibile definire un limite massimo in termini di euro al giorno e/o in termini di numero massimo di giorni, in accordo tra Fondo e Compagnia aggiudicataria. La stessa richiesta si pongono anche per i rispettivi punti/articoli del Lotto II.

4) All'Art. 12 - Trattamenti fisioterapici e osteopatici riabilitativi del Capitolato Lotto I si norma l'aumento del massimale "in caso di passaggio dell'Assistito dal pronto soccorso per incidente o infortunio". Si chiede all'Ente conferma che tale casistica debba essere documentata dal certificato di Pronto Soccorso, con evidenza del trauma subito, quale documento necessario per l'attivazione della garanzia con massimale "dedicato". La stessa richiesta si pongono anche per i rispettivi punti/articoli del Lotto II.

5) Nel Capitolato Lotto I, Art. - 17 Lenti e occhiali, è scritto: "La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali, inclusa la montatura, o per le lenti a contatto, incluse le lenti monouso, nel limite annuo di € 300,00 nel caso di singolo assicurato e di € 600,00 nel caso di nucleo familiare. Il rimborso per la montatura è riconosciuto una sola volta per biennio.". In merito a quanto qui normato, si chiede cortesemente conferma all'Ente che: a) Il limite massimo in termini di quantità (1) per la sola montatura sia compreso entro il limite/massimale in termini di euro previsto per tutte le spese di cui al presente garanzia. b) La documentazione necessaria per la richiesta di rimborso in caso di acquisto di occhiale completo debba contenere, nella fattura/nel documento fiscale, lo



scorporo dei costi tra lenti e montatura. Le stesse richieste si pongono anche per i rispettivi punti/ articoli del Lotto II.

6) In riferimento allo stesso Art. 17 - Lenti e occhiali del Capitolato Lotto I, si chiede gentile conferma: a) che la franchigia di € 50,00 si applichi al complesso delle spese annuali per singolo Assistito b) che ai fini dell'applicazione dell'unica franchigia la documentazione a rimborso debba essere inviata alla Società contestualmente/in un'unica soluzione (nello stesso giorno in caso di richiesta da portale – sito web/ app). Le stesse richieste si pongono anche per i rispettivi punti/ articoli del Lotto II.

7) Con riferimento al 3° comma della medesima garanzia Lenti e occhiali (art. 17), si chiede conferma all'Ente che la validità de "la prescrizione del medico oculista, o una certificazione dell'ottico optometrista, attestante la variazione del visus" si possa intendere di 1 anno/ 364 giorni, indipendentemente dall'annualità contrattuale – non trovando nella documentazione di gara indicazione della data prevista di effetto del contratto – e a prescindere dal fatto che la certificazione di modifica visus/ prima prescrizione lenti sia antecedente alla decorrenza con la Società aggiudicataria della presente procedura, dal momento che ai fini della valutazione della richiesta di rimborso fa fede la data del documento fiscale. Le stesse richieste si pongono anche per i rispettivi punti/ articoli del Lotto II.”.

In riscontro al suddetto quesito si precisa quanto segue.

Innanzitutto, si deve osservare che, sebbene i quesiti sono formulati con riferimento solo al Lotto 1, le richieste di informazioni concernono in alcuni punti anche il Lotto 2 della medesima gara. Poiché, però, 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 risposte 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.

Le risposte, al fine di essere visibili a tutti, verranno rese oggetto di chiarimento e verranno pubblicate anche sul sito web dell'ARS.

1. Si conferma.

Si precisa, inoltre, che non è necessario elencare i nomi delle strutture di cui ai punti 1, 2 e 3.

La risposta qui data concerne il Lotto I e si può estendere al Lotto II che contiene le stesse disposizioni.

2. a) In caso di parto/aborto in struttura del SSN, nel caso in cui l'Assistita abbia sostenuto una o più delle spese per le prestazioni contemplate dal Capitolato (commi 1 e 3 dell'articolo 9.6.1 per il *parto cesareo*, e commi 1 e 3 dell'articolo 9.6.2 per il *parto non cesareo*, *aborto terapeutico e spontaneo*) è previsto (co. 4 dell'art. 9.6.1 e co. 4 dell'art. 9.6.2.) il rimborso con i limiti ivi rispettivamente indicati e nella misura in cui siano state a carico l'Assicurata;

b) si conferma che si applicano i massimali previsti e che in “*questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti dalle singole garanzie*” (co. 3, art. 9.6.1, e co. 3 art. 9.6.1); si conferma che si applica il limite previsto per il trasporto sanitario; quanto a franchigie/scoperti, essi possono trovare applicazione solo ove previsti in generale per i casi di parto/aborto;

e inoltre si precisa che:

- 1) in tali casi trovano applicazione le norme previste dal capitolato per i *ticket sanitari*;
- 2) è ammessa la richiesta di *indennità sostitutiva* nei limiti di cui all'art. 9.10;
- 3) relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite 2 visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei



limiti previsti al punto 9.1 “Ricovero in istituto di cura”, lett. g) “Post-ricovero” (co. 1 dell’art. 9.6.2)

Le risposte qui date concernono il Lotto I e si possono estendere al Lotto II che contiene le stesse disposizioni.

3. La previsione, all’art. 11, comma 1, secondo periodo, di “assistenza infermieristica domiciliare” si riferisce solo a quella strettamente correlata ai risultati di una *visita specialistica* o un *accertamento diagnostico* sicché essa trova applicazione nei limiti in cui sia stata prescritta dal medico che ha eseguito la suddetta visita o il suddetto accertamento.

Nel caso in cui “*l’Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società*”, anche con riferimento a tale assistenza domiciliare, trova applicazione lo scoperto del 20%, mentre il “*minimo non indennizzabile*” menzionato all’art. 11, co. 6, si riferisce esplicitamente solo a ciascuna “*visita specialistica o accertamento diagnostico*”.

Il limite dell’assistenza infermieristica è indicato in altre parti del Capitolato.

Fermi restando i limiti che possano ricavarsi dal complesso delle condizioni della polizza, non è possibile definire modifiche al Capitolato a seguito di aggiudicazione, salva la possibilità in caso 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*” di attivare dopo il primo anno la procedura per la rinegoziazione (art. 34 del Capitolato) di una o più voci della copertura o degli oneri a carico della Compagnia.

Le risposte qui date concernono il Lotto I e si possono estendere al Lotto II che contiene le stesse disposizioni.

4. Si conferma.



La risposta qui data concerne il Lotto I e si può estendere al Lotto II che contiene le stesse disposizioni.

5. Con riferimento alla 5^a domanda, si precisa quanto segue:

- a) 1. il limite è di una montatura per ciascun Assicurato nell'arco del biennio; e quindi, per esempio, nel caso di adesione del coniuge, le montature saranno due per il nucleo, fermo restando che una di esse attiene all'iscritto e l'altra al coniuge;
2. le spese per la montatura rientrano nello stesso massimale annuo previsto dall'articolo 17 (€ 300,00 annui in caso di singolo assicurato, e € 600,00 annui in caso di estensione al nucleo familiare);
- b) Lo scorporo della spesa in fattura potrà essere richiesto dalla Compagnia aggiudicataria nelle Linee Guida che potrà fornire per iscritto agli Assicurati, evidenziando bene tale richiesta procedurale; tuttavia, nel caso in cui la fattura presentata non abbia tale caratteristica, la circostanza non potrà dar luogo a rigetto della richiesta quanto piuttosto a richiesta di documentazione integrativa.

Le risposte qui date concernono il Lotto I e si possono estendere al Lotto II che contiene le stesse disposizioni.

6. Con riferimento alla franchigia per le spese di lenti e occhiali:

- a) la franchigia di € 50,00 è prevista dall'articolo 17, co. 2, ed è riferita espressamente alle complessive spese annuali a rimborso del singolo assicurato ed è della stessa entità anche per il caso del nucleo;
- b) ai fini dell'applicazione non deve essere richiesto un unico invio di più fatture, ma la Compagnia applica la suddetta franchigia sul primo rimborso o a partire dal primo rimborso.

Le risposte qui date concernono il Lotto I e si possono estendere al Lotto II che contiene le stesse disposizioni.

7. La prescrizione del medico oculista (o, in alternativa, la certificazione dell'ottico optometrista) attestante la variazione del *visus* (cui è equiparata la prima prescrizione di lenti) è necessaria per consentire le richieste di rimborso entro l'anno contrattuale in cui la prescrizione è rilasciata dal medico (art. 17, co. 3, del Capitolato).

Il rimborso per le spese per lenti e occhiali troverà applicazione per le richieste presentate a partire dal momento in cui la polizza avrà effetto, e riferite a spese sostenute dopo tale data.

Con riferimento al termine iniziale di decorrenza della copertura della presente gara, vi vedano i chiarimenti già pubblicati in considerazione della scadenza della vigente proroga tecnica il prossimo 28 febbraio 2026.

Palermo, 15 dicembre 2025

Il Responsabile Unico del Progetto
(Dott. Rosario Micciché)