

OGGETTO: GARA A PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA INTEGRATIVA DELLE SPESE SANITARIE DEL PERSONALE DELLA SCUOLA – ID 2973

I chiarimenti della gara sono visibili sui siti: www.consip.it; www.acquistinretepa.it; www.mef.gov.it

32) Domanda

Con riferimento all'art. 8 Area Prevenzione Secondaria del Capitolato si chiede conferma che i singoli pacchetti siano effettuabili in un'unica soluzione una volta l'anno e se siano effettuabili alternativamente tra loro (uno a scelta).

Risposta

Si precisa che i cd. "pacchetti prevenzione", di cui alla Sezione 4, art. 8 "Area prevenzione secondaria" del Capitolato Tecnico – Schema di contratto, possono essere usufruiti una volta l'anno e in un'unica soluzione rispettando i limiti di età. Inoltre, per quel che riguarda il cd. "*Pacchetto prevenzione oncologica donna*", l'assicurato potrà sceglierne uno fra i tre proposti nel Capitolato tecnico, sempre una volta l'anno e in un'unica soluzione rispettando i limiti di età. Infine, la Società potrà offrire ulteriori pacchetti prevenzione fra i 6 proposti in offerta tecnica che si aggiungono a quelli già previsti. Ogni singolo pacchetto offerto potrà essere usufruito una volta l'anno.

33) Domanda

In riferimento alla Relazione Tecnica di cui all'allegato 4 "Offerta Tecnica" si legge "La Relazione Tecnica: (i) dovrà essere presentata con font libero non inferiore al carattere 10; (ii) dovrà rispettare lo "Schema di risposta" di seguito riportato; (iii) dovrà essere contenuta entro le 8 (otto) pagine. ": si chiede cortese conferma che eventuali slide illustrative delle caratteristiche offerte (punti nr. 22 e nr. Q23 della Tabella presente all'Art. 17.1 "Criteri di Valutazione dell'offerta tecnica" del Disciplinare), possano essere allegate alla Relazione senza essere conteggiate nel numero massimo delle 8 pagine consentite ma comunque considerate ai fini della valutazione dell'offerta.

Risposta

Non si conferma; come precisato nel richiamato Allegato 4 Relazione Tecnica, "*la Commissione procederà alla valutazione della sola Relazione Tecnica. Nel caso in cui, pertanto, il Concorrente produca documentazione aggiuntiva, quest'ultima non sarà sottoposta a valutazione*".

34) Domanda

In merito al criterio 1) dell'Offerta Tecnica, "Sezione 4 – Art. 1 "Massimale assicurato" del Capitolato tecnico: Incremento del massimale per annualità assicurativa, e per singolo assistito, per le prestazioni di cui alla sezione 4", si chiede conferma che il valore da inserire in offerta sia il nuovo massimale offerto e non l'incremento massimale offerto rispetto al base d'asta. In caso contrario, la formula di attribuzione del punteggio non funzionerebbe correttamente.

Analogamente varrà per i criteri:

- 4) "Sezione 4 – art. 3 "Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico" del Capitolato Tecnico: Incremento dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale"
- 6) "Sezione 4 – art. 4 "Parto" del Capitolato Tecnico: Incremento del massimale per evento in caso di parto naturale"
- 7) "Sezione 4 – art. 4 "Parto" del Capitolato Tecnico: Incremento del massimale per evento in caso di parto cesareo"
- 10) "Sezione 4 – art. 11 "Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica" del Capitolato Tecnico: Incremento del massimale per prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica"
- 11) "Sezione 4 – art. 12 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti" del Capitolato Tecnico: Incremento del massimale per prestazioni visite specialistiche ed accertamenti.

Risposta

Si conferma che coerentemente con la formula di attribuzione del punteggio tecnico di cui al par. 17.2 del Disciplinare di gara, per “incremento del massimale”, sia nel Capitolato Tecnico che nel Disciplinare di gara (par. 17.1), ai rispettivi criteri contenuti nella “*Tabella dei criteri discrezionali (D), quantitativi (Q) e tabellari (T) di valutazione dell’offerta tecnica Tabella n. 2*” si intende il valore di massimale offerto, e non il delta tra la base d’asta e il valore offerto. Pertanto, nella dichiarazione di offerta tecnica, il concorrente dovrà indicare il nuovo valore di massimale offerto.

35) Domanda

In merito al criterio 2) dell’Offerta Tecnica, “Sezione 4 – art. 2.1 “Ricovero per Grande intervento chirurgico” – lett. a) “(...) Assistenza diretta” e art. 2.2 “Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso” – lett. a) “(...) Assistenza diretta” del Capitolato Tecnico: Riduzione dello scoperto a carico dell’assistito applicato alle prestazioni erogate sia nelle strutture convenzionate sia in quelle non convenzionate e alle spese pre e post ricovero qualora siano rese da strutture sanitarie e personale medico convenzionati”, si chiede conferma che il valore da inserire in offerta sia il nuovo scoperto offerto e non la riduzione di scoperto offerto rispetto al base d’asta. In caso contrario, la formula di attribuzione del punteggio non funzionerebbe correttamente.

Analogamente varrà per i criteri:

- 3) “Sezione 4 – art. 2.1 “Ricovero per Grande intervento chirurgico” – lett. b) “(...) Assistenza indiretta (rimborso)” e art. 2.2 “Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso” – lett. b) “(...) Assistenza indiretta (rimborso)” del Capitolato Tecnico: Riduzione dello scoperto a carico dell’assistito applicato alle spese pre e post ricovero eseguite presso strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati”
- 5) “Sezione 4 – art. 3 “Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico” del Capitolato Tecnico: Riduzione nel numero dei giorni di franchigia applicati all’erogazione della indennità giornaliera da ricovero con intervento chirurgico a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale”
- 8) “Sezione 4 – art. 5 “Prevenzione Odontoiatrica” del Capitolato Tecnico: Riduzione dello scoperto a carico dell’assistito per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica erogate sia nelle strutture convenzionate sia in quelle non convenzionate”.

Risposta

Si conferma che coerentemente con la formula di attribuzione del punteggio tecnico di cui al par. 17.2 del Disciplinare di gara, per “riduzione dello scoperto”, sia nel Capitolato Tecnico che nel Disciplinare di gara (par. 17.1), ai rispettivi criteri contenuti nella “*Tabella dei criteri discrezionali (D), quantitativi (Q) e tabellari (T) di valutazione dell’offerta tecnica Tabella n. 2*” si intende il valore dello scoperto offerto, e non il delta tra la base d’asta e il nuovo scoperto offerto. Pertanto, nella dichiarazione di offerta tecnica, il concorrente dovrà indicare il nuovo valore di scoperto offerto.

36) Domanda

In merito al criterio 9) dell’Offerta Tecnica, “Sezione 4 – art. 6 “Implantologia” del Capitolato tecnico: Incremento in percentuale del massimale per implantologia e del sottomassimale per impianto”, si chiede conferma che il valore da inserire in offerta sia l’incremento percentuale da applicarsi al massimale annuo per assistito di 2.400€ e al sottomassimale annuo per impianto di 600€, entrambi previsti all’Art. 6 Implantologia del Capitolato.

Risposta

Si conferma.

37) Domanda

All’art. 2.2 “Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso” (pag. 25 sez. 4 Capitolato) si legge: “Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave patologia, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale alla grave patologia stessa, la Società rimborserà le relative spese applicando anche le garanzie di cui al precedente Art. 2.1 Sezione 4 fermo restando gli scoperti previsto per l’assistenza diretta al punto a) e l’assistenza indiretta al punto b)”. Si chiede conferma che per “grave patologia” si intendano sempre i gravi eventi morbosi di cui all’elenco II.

Risposta

Si conferma che per grave patologia si intendono i Gravi Eventi Morbosi di cui all’elenco II del Capitolato tecnico – Schema di contratto. Si precisa che l’intervento chirurgico funzionale alla patologia stessa deve essere comunque ricompreso fra quelli previsti dall’Elenco Grandi Interventi Chirurgici.

38) Domanda

All'elenco II "GRAVI EVENTI MORBOSI" (pag. 34 del Capitolato) si legge: "Inoltre, sono altresì previsti i seguenti Gravi Eventi Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%: (...)". Poiché le lettere citate non corrispondono a tutti i Gravi Eventi Morbosi elencati successivamente, si chiede conferma che quanto sopra riportato si riferisca a tutte le 9 voci riportate di seguito:

- Tetraplegia
- Sclerosi multipla
- Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)
- Alzheimer
- Morbo di Parkinson caratterizzato da:
 - a. riduzione attività motoria;
 - b. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta
- Encefalite
- Morbo di Crohn
- Rettocolite ulcerosa
- Sindrome di Guillain-Barré

Risposta

Si precisa che trattasi di un refuso, pertanto all'elenco II "GRAVI EVENTI MORBOSI" del Capitolato Tecnico - Schema di contratto, devono essere considerate escluse: Encefalite, Morbo di Crohn, Rettocolite ulcerosa, Sindrome di Guillain-Barré.

39) Domanda

Relativamente al contenuto della garanzia "Pacchetto prevenzione cardiovascolare base" (art. 8 "Area Prevenzione Secondaria" sez. 4 del Capitolato) si chiede conferma che la dicitura "visita cardiovascolare" rappresenti un refuso, e che si intenda invece "visita cardiologica".

Risposta

Si conferma, trattasi di refuso. Pertanto, la "*visita cardiovascolare*" deve intendersi sostituita con "*visita cardiologica*".

40) Domanda

Si chiede conferma che l'eventuale offerta migliorativa del massimale al criterio 10) dell'Offerta Tecnica, "Sezione 4 – art. 11 "Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica" del Capitolato Tecnico: Incremento del massimale per prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica", sarà oggetto di punteggio tecnico solo se verrà offerto "SI" al criterio 19) "Sezione 4 – art. 11 "Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica" del Capitolato Tecnico".

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 25 della II tranche di chiarimenti pubblicata il 20/02/2026.

41) Domanda

Si chiede conferma che l'eventuale offerta migliorativa del massimale al criterio 11) dell'Offerta Tecnica, "Sezione 4 – art. 12 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti" del Capitolato Tecnico: Incremento del massimale per prestazioni visite specialistiche ed accertamenti", sarà oggetto di punteggio tecnico solo se verrà offerto "SI" al criterio 20) "Sezione 4 – art. 12 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti" del Capitolato Tecnico".

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 25 della II tranche di chiarimenti pubblicata il 20/02/2026.

42) Domanda

Al criterio 2) dell'Offerta tecnica si legge: "Sezione 4 – art. 2.1 "Ricovero per Grande intervento chirurgico" – lett. a) "Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta" e art. 2.2 "Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso" – lett. a) "Prestazioni in

struttura sanitaria convenzionata con la Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta” del Capitolato Tecnico: Riduzione dello scoperto a carico dell’assistito applicato alle prestazioni erogate sia nelle strutture convenzionate sia in quelle non convenzionate e alle spese pre e post ricovero qualora siano rese da strutture sanitarie e personale medico convenzionati.”. Poiché la migliona coinvolge anche le prestazioni erogate nelle strutture non convenzionate, si chiede conferma che manchi il riferimento alla lettera b) “Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)” degli articoli 2.1 e 2.2.

In altre parole, si chiede conferma che il criterio 2) dell’Offerta tecnica permetta di migliorare lo scoperto del 10% previsto agli articoli 2.1 e 2.2 per:

- I ricoveri presso strutture convenzionate, di cui al punto a) (“Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con applicazione di uno scoperto a carico dell’assistito del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di € 4.000,00.”)
- I ricoveri presso strutture non convenzionate e relative spese pre e post, di cui al punto b) (“Qualora non siano presenti strutture convenzionate nella provincia di residenza dell’assistito le prestazioni saranno rimborsate all’Assistito stesso previa presentazione di idonea documentazione con le stesse modalità previste nel punto precedente. Resta fermo lo scoperto del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di € 4.000,00, anche per le prestazioni pre e post ricovero”)
- le spese pre e post relative a ricoveri presso strutture convenzionate e rese da strutture convenzionate, di cui al punto a) (“Tale scoperto verrà applicato anche per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alle lettere f) e g) qualora siano rese da strutture sanitarie private e personale medico convenzionati”).

Risposta

Non si conferma. Si precisa che la migliona di cui al criterio n. 2 del Disciplinare di gara verrà applicata all’art. 2.1 “Ricovero per Grande intervento chirurgico” – lett. a) “Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta” e art. 2.2 “Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso” – lett. a) “Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società e intramoenia convenzionata – Assistenza diretta” del Capitolato Tecnico” così come riportato nel Disciplinare di gara. Lo scoperto offerto per tale criterio verrà applicato anche per le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alle lettere f) e g) qualora siano rese da strutture sanitarie private e personale medico convenzionati, così come riportato nel Capitolato tecnico – Schema di contratto.

43) Domanda

Al criterio 3) dell’Offerta tecnica si legge: “Sezione 4 – art. 2.1 “Ricovero per Grande intervento chirurgico” – lett. b) “Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)” e art. 2.2 “Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso” – lett. b) “Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)” del Capitolato Tecnico: Riduzione dello scoperto a carico dell’assistito applicato alle spese pre e post ricovero eseguite presso strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati.”.

Dal punto b) degli articoli 2.1 e 2.2 si deduce che per le spese pre e post relative a ricoveri eseguiti presso strutture non convenzionate valgono stesso scoperto e stesso massimo non indennizzabile previsti per i ricoveri presso strutture convenzionate. Si legge infatti al punto b): “Resta fermo lo scoperto del 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa) con il massimo di € 4.000,00, anche per le prestazioni pre e post ricovero”.

Poiché lo scoperto per i ricoveri presso strutture convenzionate è oggetto di migliona al criterio 2), e le spese pre e post relative a ricoveri eseguiti presso strutture non convenzionate seguono gli stessi limiti, si deduce che il criterio 3) non può avere come oggetto la migliona dello scoperto per le spese pre e post relative a ricoveri eseguiti presso strutture non convenzionate.

Si chiede quindi conferma che il criterio 3) dell’Offerta tecnica permetta di migliorare lo scoperto del 10% previsto agli articoli 2.1 e 2.2 per:

- Le spese pre e post relative a ricoveri presso strutture convenzionate e rese da strutture non convenzionate, di cui al punto a) (“Nel caso le spese di cui alle lettere f) e g) siano rese da strutture sanitarie private e personale medico non convenzionati, lo scoperto applicato sarà pari al 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa”).

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 42.

44) Domanda

In merito all'allegato 15 "INFORMAZIONI A CORREDO DELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA", si chiede conferma che il valore pari a 34.604 usciti nel 2022-2023 della tabella "Variazioni registrate tra il mese di ottobre e il mese di febbraio" rappresenti un refuso. Affinché la media triennio 2023 – 2024 – 2025 degli usciti risulti pari a 9.562, il valore degli usciti 2022-2023 dovrebbe essere infatti 9.607. Si chiede conferma della corretta numerica.

Risposta

Si rimanda al file "Aggiornamento conteggi personale scuola as 2024-2025", ora pubblicato tra la documentazione di gara.

45) Domanda

All'art. 3 "Indennità sostitutiva da ricovero con intervento chirurgico" (pag. 26, sez. 4 del Capitolato) si legge: "Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di ricovero con intervento chirurgico a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale per qualsiasi causa, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, la Società corrisponde un'indennità giornaliera (...)". Si chiede conferma che con la dicitura "per qualsiasi causa" si intenda che l'indennità vale sia per i ricoveri per Grande intervento chirurgico dell'elenco I, sia per i ricoveri con intervento chirurgico diversi da quelli dell'elenco I, ivi compreso il parto cesareo, fermo quanto previsto all'art. 4 "Rischi esclusi dall'assicurazione" (pag. 10 sez. 2 del Capitolato).

Risposta

Non si conferma. Si precisa che l'indennità sostitutiva si applica a tutti i ricoveri fatta eccezione per il parto per il quale è prevista una disciplina a parte di cui alla Sezione 4 – Art. 4 "Parto" del Capitolato tecnico - Schema di contratto.

46) Domanda

Relativamente alla garanzia di cui all'art. 4 "Parto" (pag. 26, sez. 4 del Capitolato), si chiede conferma che le prestazioni in copertura siano: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero, rette di degenza ad esclusione delle spese voluttuarie. Sono inoltre ricomprese le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore e il trasporto dell'assistito e dell'accompagnatore, secondo i limiti di cui all'art. 2.1 "Ricovero per Grande intervento chirurgico" rispettivamente lettere i) e j).

Risposta

Si rimanda a quanto previsto alla Sez. 4 - Art. 4 "Parto" del Capitolato tecnico - Schema di contratto.

47) Domanda

A pag. 9 del Disciplinare, all'art. 3 "OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI" vengono quantificati i costi della manodopera su 48 mesi.

All'art. 16 "OFFERTA ECONOMICA" (pag. 35 del Disciplinare) non viene però specificato se i costi della manodopera da inserire a portale siano quelli su base annua o su 48 mesi. Si chiede quindi di specificare se in offerta economica i costi della manodopera, e analogamente anche gli oneri aziendali relativi alla salute e alla sicurezza sui luoghi di lavoro, debbano essere indicati su base annua o su 48 mesi.

Risposta

Si precisa che nell'offerta economica dovranno essere indicati i costi della manodopera e gli oneri aziendali relativi alla salute e alla sicurezza sui luoghi di lavoro per i 48 mesi di durata del contratto.

48) Domanda

All'art. 7 "Condizioni per la prosecuzione del contratto", pag. 7 sez. 1 del Capitolato, si legge: "al numeratore: i sinistri liquidati, le riserve accantonate per i sinistri già denunciati e non ancora liquidati, l'ammontare stimato per la liquidazione dei sinistri "tardivi", ossia quelli avvenuti ma non ancora denunciati che convenzionalmente non potranno essere superiori al 5% di quelli già liquidati". Poiché al numeratore si considerano anche le riserve,

si chiede conferma che anche per i "tardivi" dovranno essere considerate le riserve, e che quindi il tetto massimo del 5% sia da considerarsi sul totale dei sinistri liquidati e riservati.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che il 5% convenzionale si applica ai soli sinistri già liquidati.

49) Domanda

Relativamente al contenuto dell'art. 7 "Condizioni per la prosecuzione del contratto", pag. 7 sez. 1 del Capitolato, si chiede conferma che numeratore e denominatore si riferiscano alla prima annualità assicurativa. In altre parole, ferme le descrizioni di "denominatore" e "numeratore" date al sopracitato articolo, si chiede conferma che:

- Il denominatore si riferisca ai premi di competenza della prima annualità assicurativa
- Il numeratore si riferisca ai sinistri con data accadimento nella prima annualità assicurativa

Risposta

Si conferma.

50) Domanda

A pag. 2 del Capitolato si legge: "Il premio annuale comprensivo di imposte deve intendersi fisso e pari a euro 80.000.000,00 riferito al numero totale degli assistiti risultante dallo stato di rischio e dai relativi aggiornamenti comunicati dal Ministero dell'Istruzione e del Merito nel corso della durata dell'appalto come previsto dall'Art. 5 Sezione 1. Per ogni annualità di polizza, il numero totale degli assistiti stimato sui dati storici è pari 1.250.000 persone. La Società, con la sottoscrizione del presente Capitolato Tecnico, si impegna, tuttavia, a considerare nell'ambito del premio annuale sopra indicato fino a 1.400.000 assistiti". Anche in virtù di quanto previsto dalla Clausola di rinegoziazione (art. 3.3 MODIFICHE DEL CONTRATTO IN CORSO DI ESECUZIONE pag. 10 del Disciplinare), si chiede conferma che, in caso di superamento del numero di assistiti annuo pari a 1.400.000, il premio annuale pari a 80.000.000 verrà riproporzionato all'effettivo numero di assistiti. A titolo di esempio, se il numero di assistiti annuo fosse 1.500.000, il premio annuale sarebbe calcolato nel seguente modo: € $80.000.000 / 1.400.000 * 1.500.000 = € 85.714.286$.

In caso contrario, ovvero in caso non sia previsto il ricalcolo del premio in proporzione, si chiede conferma che l'Aggiudicatario abbia diritto di recedere dal contratto se il numero di assistiti annuo superasse 1.400.000.

Risposta

Non si conferma e si rimanda alla risposta al quesito n. 10 della II tranche di chiarimenti pubblicata il 20/02/2026.

51) Domanda

Relativamente ai dati sulla popolazione degli allegati 12, 13, 14 e 15, si chiede conferma che:

- a) La "CONSISTENZA PERSONALE SCOLASTICO MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO" dell'allegato 15 rappresenti le categorie di assicurati dalla 1 alla 5 dell'art. 4 "Assistiti" (pag. 6 sez. 1 Capitolato), cioè: Dirigenti scolastici, Personale amministrativo, tecnico e ausiliario, Docenti (di ruolo e supplenti), Insegnati di religione, Personale educativo;
- b) Le "Variazioni registrate al 31 ottobre" e le "Variazioni registrate tra il mese di ottobre e il mese di febbraio" dell'allegato 15 si riferiscano alla "CONSISTENZA PERSONALE SCOLASTICO MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO";
- c) La "Consistenza popolazione del personale Ministero dell'Istruzione e del Merito" dell'allegato 15 rappresenti le categorie di assicurati dalla 6 alla 8 dell'art. 4 "Assistiti" (pag. 6 sez. 1 Capitolato), cioè: Dirigenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito, Dipendenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito, Utilizzati (distaccati e comandati);
- d) La popolazione degli allegati 12 e 13 rappresenti le categorie di assicurati dalla 6 alla 8 dell'art. 4 "Assistiti" (pag. 6 sez. 1 Capitolato), cioè: Dirigenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito, Dipendenti del Ministero dell'Istruzione e del Merito, Utilizzati (distaccati e comandati);
- e) La popolazione dell'allegato 14 rappresenti le categorie di assicurati dalla 1 alla 5 dell'art. 4 "Assistiti" (pag. 6 sez. 1 Capitolato), cioè: Dirigenti scolastici, Personale amministrativo, tecnico e ausiliario, Docenti (di ruolo e supplenti), Insegnati di religione, Personale educativo.

Risposta

Si precisa che:

- a) L'Allegato 15, comprende due tabelle di cui la prima indica il personale scolastico (Assistiti da 1 a 5) la seconda il personale dell'Amministrazione Centrale e Periferica del Ministero (Assistiti da 6 a 8);
- b) Si conferma che le variazioni siano fornite in relazione al personale scolastico;
- c) Si rimanda alla risposta al sub quesito a);
- d) Si conferma;
- e) Si conferma.

52) Domanda

Nell'allegato 14 "Dati personale scuola" risulta un numero di unità pari a 1.013.417.

Nell'allegato 15 "Scheda informazioni tecniche" la consistenza del personale scolastico risulta invece di 1.256.619 unità per il 2024-2025.

Se effettivamente i due dati rappresentano le stesse categorie di assicurati, si chiede la motivazione della differenza tra i due valori.

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 44.

53) Domanda

Nell'allegato 15 "Scheda informazioni tecniche" viene riportata la consistenza del personale scolastico per gli anni 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025. Per una corretta valutazione del rischio, si richiede la consistenza del personale scolastico anche per l'anno 2025-2026, con indicazione di sesso, fascia d'età e dislocazione geografica. Si chiede inoltre se è corretto aspettarsi che la consistenza del personale scolastico alla partenza del contratto sia coincidente con quella dell'anno 2025-2026.

Risposta

Si precisa che allo stato attuale non è possibile ancora fornire il dato in quanto rimangono aperte alcune finestre temporali per l'inserimento di personale.

54) Domanda

A pag. 2 del Capitolato Tecnico si legge che, per ogni annualità di polizza, il numero totale degli assistiti stimato è pari 1.250.000 persone. Per una corretta valutazione del rischio, si chiede di fornire la spaccatura di questo 1.250.000 persone per sesso, fascia d'età e provincia. Si osserva infatti che l'allegato 14 "Dati personale scuola" contiene sì queste informazioni, ma su un totale di persone inferiore (1.013.417).

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 44.

55) Domanda

Si chiede a che anno fanno riferimento i dati contenuti nell'allegato 13 "Dati personale amministrazione" e nell'allegato 14 "Dati personale scuola".

Risposta

Si precisa che l'estrazione dei dati di cui all'Allegato 13 "Dati personale amministrazione" e nell'allegato 14 "Dati personale scuola" è stata effettuata a novembre 2025.

56) Domanda

In riferimento al capitolato tecnico art 7 "assistenza per casi di non autosufficienza permanente" punto 2, si legge: " Per "non autosufficienza" si intende l'incapacità totale e permanente, conseguente a infortunio o malattia, con diagnosi durante il Periodo di copertura assicurativa, che permanga per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi [...]" Si chiede conferma che l'Infortunio che ha determinato lo stato di non autosufficienza debba essersi verificato durante il periodo di copertura assicurativa, escludendo in questo modo gli stati di non autosufficienza conseguenti ad infortuni pregressi e a patologie diagnosticate in epoca antecedente all'effetto contrattuale.

Risposta

Si conferma.

57) Domanda

In riferimento al capitolato tecnico art 7 “assistenza per casi di non autosufficienza permanente” punto 2, tra le definizioni delle 6 attività elementari di vita quotidiana si legge: “1. Farsi il bagno o la doccia: capacità di compiere queste azioni in modo autonomo, senza l’assistenza di una terza persona (inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca e dalla doccia)”. Si richiede conferma che qualora l’assicurato necessiti di assistenza solamente per entrare ed uscire dalla vasca/doccia ma riesca autonomamente a lavarsi, debba essere considerato non autosufficiente in questa attività.

Risposta

Si conferma.

58) Domanda

In riferimento al capitolato tecnico – schema di contratto Sezione 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni Art 2 “Prestazioni in strutture private non convenzionate con la società_ assistenza Indiretta (rimborso)”, si legge: “in caso di “non autosufficienza”: Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile o documento equipollente.” Si chiede conferma che per una completa e corretta valutazione rispetto a quanto previsto alla specifica garanzia, debba essere prodotta la seguente documentazione:

- Copia dei referti relativi a visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici strumentali, utili a ricostruire la storia anamnestica dell’assicurato e le sue condizioni cliniche al momento della denuncia;
- Copia delle lettere di dimissioni e/o delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri.
- Questionario di riconoscimento dello stato di non autosufficienza messo a disposizione dalla compagnia e compilato a cura del medico curante o ospedaliero.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che, come previsto alla Sezione 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni, comma 5, del Capitolato tecnico – Schema di contratto, *“L’Assistito deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.”* e comma 6. *“L’Assistito si impegna a fornire ogni chiarimento necessario, anche ai medici che lo hanno visitato o curato, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Società, in proporzione al profilo oggetto dell’accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all’assistenza.”*

59) Domanda

In riferimento al capitolato tecnico- Schema di contratto Art 11 “Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica (oggetto di offerta)”, si chiede conferma che la crioterapia sia prevista esclusivamente a scopo chirurgico.

Risposta

Non si conferma.

60) Domanda

In riferimento al capitolato tecnico- schema di contratto Sezione 4 Art 2.1 Ricovero per grande intervento lett. f) ed art 2.2 Ricovero senza intervento chirurgico per Grave evento morboso lett. c) si legge: “Le spese suddette potranno essere liquidate anche in forma rimborsuale.” Si chiede conferma che per le spese pre ricovero, poiché strettamente correlate al ricovero quale evento futuro ed alla base dell’attivazione della copertura, occorra contattare preventivamente la centrale operativa per richiedere l’applicazione delle tariffe agevolate riservate agli assistiti, il cui rimborso avverrà a posteriori secondo i limiti previsti ai punti “Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la società e intramoenia convenzionata- assistenza diretta” Sezione 4 Art 2 prestazioni per Grande intervento chirurgico e grave evento morbosi a ricovero avvenuto e rientrante in copertura.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che le spese pre e post ricovero non devono necessariamente passare attraverso la centrale operativa.

61) Domanda

In riferimento al capitolato tecnico- schema di contratto Sezione 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni Art 2 Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la società – Assistenza indiretta al punto 1 si legge:

Classificazione del documento: Ambito pubblico

Gara a procedura aperta ai sensi del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. per l’affidamento del servizio di copertura assicurativa integrativa delle spese sanitarie del personale della scuola – ID 2973

“Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l'assicurato sia domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.”. Si chiede conferma che il riferimento al “domicilio” si tratti di refuso in quanto sia dalla definizione di Assistenza indiretta, sia alle singole garanzie viene menzionata la provincia di residenza quale riferimento per la verifica della presenza delle strutture convenzionate.

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 11 della II tranche di chiarimenti pubblicata il 20/02/2026.

62) Domanda

Si chiede conferma che in caso di partecipazione in forma plurisoggettiva, pur redigendo ciascun componente la propria istanza di partecipazione, ognuno nel proprio ruolo (ad es. mandataria/delegataria e mandante/delegante), il modello F24 per il pagamento del bollo o, in alternativa, la copia del contrassegno, debba essere prodotto solo una volta, trattandosi in ogni caso di partecipazione di unico Operatore Economico ai fini della procedura, ancorché in forma associata da costituirsi.

Risposta

Si conferma.

63) Domanda

Si chiede conferma che il ricovero in PS con pernottamento non è previsto da capitolato.

Risposta

Si conferma

64) Domanda

Si chiede conferma che il ricovero con pernottamento in OBI è previsto da polizza.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che il ricovero con pernottamento in OBI non è previsto nel Capitolato Tecnico di gara.

65) Domanda

Si chiede conferma che la parte a carico dell'assicurato vada liquidata con l'applicazione di eventuali scoperti previsti dal capitolato.

Risposta

Si rimanda a quanto disciplinato nel Capitolato tecnico – Schema di contratto.

66) Domanda

Si chiede conferma che in presenza di prestazione già autorizzata e fine rapporto struttura/assicurato, la data dell'evento (data effettuazione prestazione) deve comunque essere antecedente alla data di fine rapporto, come da definizione della data evento presente nel capitolato: Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive – anche non in vigenza di copertura purché nel periodo previsto per il post ricovero) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata e fatturata.

Risposta

Non si conferma e si rimanda a quanto previsto alla Sezione 3 - Art. 1 “Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società o in intramoenia convenzionata – Assistenza diretta” punto 12 del Capitolato tecnico - Schema di contratto.

67) Domanda

Si chiede conferma che l'ultimo capoverso, relativo alle strutture private e medici non convenzionati è possibile solo in caso di provincia scoperta.

Risposta

Il quesito non è chiaro. Si precisa comunque che, come previsto alla Sezione 4 – Art. 2, punto 1 del Capitolato tecnico – Schema di contratto, *“Tale modalità di erogazione delle prestazioni viene attivata solo nel caso in cui l'assicurato sia residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate.”*

68) Domanda

Si chiede conferma che non previste da capitolato prestazioni pre e post e che le indennità solo GIC e GEM.

Risposta

Il quesito non è chiaro, si rimanda a quanto previsto nel Capitolato tecnico – Schema di contratto.

69) Domanda

Con riferimento all'art. 8 si chiede conferma che le prestazioni debbano essere eseguite presso unica struttura.

Risposta

Si conferma che ogni singolo pacchetto prevenzione debba essere eseguito in un'unica struttura.

70) Domanda

Con riferimento all'art. 9 si chiede conferma che la card abbia solo funzione di riconoscimento presso le strutture ma che gli assicurati/famigliari possano recarsi alla struttura solo previa autorizzazione CO o portale WEB.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che, in tale fattispecie, non è necessario ricevere autorizzazione dalla CO o portale WEB.

71) Domanda

Con riferimento all'art. 20 si chiede chiarimento circa eventuali penali previste per il rilascio dell'autorizzazione e la liquidazione delle richieste oltre i termini previsti nel punto 5 e 7 delle modalità di erogazioni in quanto sembrerebbero non previste come da art. 20.

Risposta

Si confermano le penali previste alla Sezione 4 – Art. 20 “Penali” del Capitolato Tecnico – Schema di contratto.

72) Domanda

Relativamente al punto 3 dell'art. 10 “Importo del premio” della Sezione 2 del Capitolato Tecnico – Schema di contratto, si chiede gentilmente di confermare: se il numero di 1.400.000,000 Assistiti sia da intendersi come il numero totale di tutti gli Assistiti che abbiano avuto un periodo di copertura nel corso dell'annualità' ossia la fotografia di tutte le movimentazioni intervenute nel corso dell'anno assicurativo.

Risposta

Non si conferma e si rimanda agli allegati pubblicati in gara.

73) Domanda

Relativamente ai punti 3,4,5 dell'art 5 “Variazioni degli assistiti in corso di annualità assicurativa” sezione 1 del Capitolato Tecnico: si chiede conferma che la decorrenza della copertura dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione valga solo nel caso in cui l'Assistito abbia, in tale data, un contratto di lavoro in vigore; pertanto, un Assistito che abbia prestato servizio, ad esempio, dal 4 al 10 febbraio non verrà inserito nei tracciati mensili che definiscono le coperture. Nel caso in cui non venga confermata l'interpretazione, sempre con riferimento a questo esempio, si chiede quali siano rispettivamente la data di effetto e la data di cessazione della copertura.

Risposta

Si conferma che la decorrenza della copertura dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione relativa alle variazioni intervenute in corso della annualità assicurativa, varrà solo nel caso in cui l'Assistito abbia, in tale data, un contratto di lavoro in essere.

74) Domanda

Relativamente al documento di Capitolato Tecnico, Sezione 4 – art.2.1 d) Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso) e art. 2.2 b) Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso), si richiede di confermare che le prestazioni a rimborso saranno possibili solo se non presenti strutture nella provincia di residenza assistito.

Si richiede di confermare quanto sopra anche per quanto riguarda gli art. 11 e 12 del Capitolato (Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica (oggetto di offerta tecnica) e Visite specialistiche, esami ed accertamenti (oggetto di offerta tecnica).

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito 67 e a quanto riportato nel Capitolato Tecnico – Schema di contratto.

75) Domanda

All'art. 4 "Parto" (pag. 26, sez. 4 del Capitolato) si legge: "In caso di parto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata (...)". Si chiede conferma che il parto effettuato in struttura non convenzionata sia in copertura solo nel caso in cui l'assicurato abbia residenza in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, come si intende dall'art. 2 "Prestazioni in strutture sanitarie private non convenzionate con la società – Assistenza indiretta (rimborso)" (pag. 22, sez. 3 del Capitolato).

Inoltre, si chiede conferma che quanto previsto al sopracitato art. 2 valga anche per la garanzia all'art. 8 "Area Prevenzione Secondaria" (pag. 27, sez. 4 del Capitolato). In altre parole, si chiede conferma che, nel caso in cui l'assicurato abbia residenza in una provincia priva di strutture convenzionate, sia previsto il rimborso per le spese relative ai pacchetti prevenzione di cui all'art. 8 (quelli previsti a base di gara e quelli eventualmente offerti) effettuati in strutture non convenzionate.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che con riferimento al Parto, la rimborsabilità è garantita con i limiti previsti, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. Per quanto riguarda, invece, i cd. "Pacchetti prevenzione", le prestazioni devono essere effettuate solo in strutture convenzionate, tranne il caso in cui non ne siano presenti nella provincia di residenza dell'assistito.

76) Domanda

A pag. 5 del Capitolato alla definizione di "Istituto di cura" si legge: "L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero (...)". Si chiede conferma che la dicitura "con sede anche all'estero" rappresenti un refuso in quanto a pag. 10 del Capitolato, Art. 2 "Estensione territoriale", si legge che la copertura assicurativa si intende operante nel territorio italiano.

Risposta

Si conferma che la copertura assicurativa è operante solo nel territorio italiano.

77) Domanda

Atteso quanto riportato a pag. 9 del Disciplinare art. 3 OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI, dove si parla di "contributi per l'adesione al Fondo", si chiede conferma che l'aggiudicatario dovrà garantire una cassa sanitaria regolarmente iscritta all'anagrafe dei Fondi Sanitari, che abbia finalità assistenziale e sia abilitata a norma di legge a ricevere i contributi in riferimento alle attività e alle prestazioni del contratto e idonea ad assumere la contraenza.

Risposta

Non si conferma e si rimanda alla risposta n. 24 della II Tranche di chiarimenti pubblicata il 20/02/2026.

78) Domanda

All'art. 12 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti" (pag. 30 sez. 4 del Capitolato) si legge: "Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa (...)". Si chiede conferma che per "test ed esami effettuati contestualmente alla visita" si intendano quelli eseguiti durante la visita e dal medico che esegue la visita. Ad esempio, resteranno quindi esclusi dalla garanzia gli esami del sangue.

Risposta

Si conferma.

79) Domanda

Si chiede conferma che, in caso di proroga tecnica (prevista all'art. 3.1 DURATA a pag. 10 del Disciplinare), i massimali annui previsti dalla copertura sanitaria verranno riproporzionati alla durata della proroga stessa.

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 10 della II tranche di chiarimenti pubblicata il 20/02/2026.

80) Domanda

Il requisito di idoneità professionale di cui all'art. 6.1. lett b) del disciplinare, può essere soddisfatto dal possesso del Certificato Anagrafe Fondi rilasciato dal Ministero della Salute?

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 77.

81) Domanda

È richiesto alla Società di gestire gli appuntamenti con le strutture convenzionate in nome e per conto degli assistiti?

Risposta

Si conferma che non è richiesto alla Società di gestire gli appuntamenti con le strutture convenzionate in nome e per conto degli assistiti.

82) Domanda

Da quali fonti ufficiali verranno estratti e messi a disposizione i dati anagrafici degli assicurati (es. anagrafiche interne, sistemi HR, autodichiarazioni degli iscritti, portali istituzionali, ecc.)?

Risposta

Si precisa che i dati anagrafici verranno estratti dai sistemi informativi del Ministero dell'Istruzione e del Merito.

83) Domanda

Si richiede conferma che il dataset comprenderà almeno:

- Nome e cognome
- Codice fiscale
- Data di nascita
- Indirizzo di residenza
- Recapiti (email, telefono)
- Relazione familiare in caso di nucleo familiare (coniuge, figli, conviventi, ecc.)
- Eventuali ulteriori campi previsti dalla procedura di gara per l'attivazione delle coperture.

Risposta

Si conferma, fatta eccezione per la Relazione familiare in caso di nucleo familiare (coniuge, figli, conviventi, ecc), di cui il Ministero non è in possesso.

84) Domanda

Quali sono:

- Le tempistiche previste per il primo invio dei dati anagrafici
- La frequenza degli aggiornamenti
- Le modalità di comunicazione delle variazioni (inserimenti, cessazioni, modifiche nuclei).

Risposta

Si rimanda alla Sez. 1 - art. 5 "Variazioni degli assistiti in corso di annualità assicurativa" del Capitolato tecnico di gara.

85) Domanda

Quali saranno i canali previsti per l'invio dei dati (portale, PEC, piattaforme telematiche, API, file criptati)? È previsto un tracciato record standard e, in caso affermativo, quando sarà reso disponibile?

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 84.

86) Domanda

A chi compete la responsabilità di garantire la correttezza, completezza e aggiornamento delle informazioni anagrafiche trasmesse?

Risposta

Si rimanda alla risposta al quesito n. 84.

87) Domanda

Si richiede inoltre di chiarire formalmente chi sia individuato come Owner dell'informazione anagrafica nell'ambito della procedura di gara, specificando:

- Chi detiene la titolarità del dato anagrafico (ente appaltante, amministrazione di riferimento, altro soggetto);
- Chi ha la responsabilità di governance del dato lungo l'intero ciclo di vita (raccolta, verifica, aggiornamento, dismissione)
- Se sono previsti processi di validazione preliminare o controlli automatici/manuali prima della messa a disposizione ai concorrenti.

Risposta

Con riferimento a:

- la *"titolarità del dato anagrafico"* e la *"responsabilità di governance del dato lungo l'intero ciclo di vita"*, sono attribuite sia alla Committente sia alla Società, ciascuno per la parte di propria competenza, in quanto entrambi operano quali titolari autonomi del trattamento;
- *"processi di validazione preliminare o controlli automatici/manuali prima della messa a disposizione ai concorrenti"*: gli stessi saranno definiti dalla Committente, ove ritenuto necessario, in sede di stipula.

88) Domanda

Con riferimento alla Sez. 4, art. 2.1 al punto 2. a), al secondo comma si legge: "Nel caso le spese di cui alle lettere f) e g) siano rese da strutture sanitarie private e personale medico non convenzionati, lo scoperto applicato sarà pari al 10% (o importo aggiudicato quale opzione migliorativa)". Si chiede conferma che le prestazioni previste alle lettere f) e g) siano fruibili presso strutture sanitarie private e personale medico non convenzionati esclusivamente qualora nella provincia di residenza dell'Assistito non sia disponibile una struttura sanitaria con personale medico convenzionati.

Risposta

Non si conferma. Si precisa che prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla Sezione 4 – Art. 2.1 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico" – lettere f) e g) del Capitolato Tecnico – Schema di contratto, potranno essere richieste in assistenza indiretta anche se effettuate in strutture sanitarie private e con personale medico non convenzionato purché l'intervento per il quale vengono effettuate sia stato eseguito in una struttura sanitaria e con equipe medica convenzionata.

89) Domanda

Si chiede cortese conferma a Codesto Spettabile Ente che la Compagnia aggiudicataria del servizio oggetto di gara assumerà il ruolo di autonomo titolare per il trattamento dei dati personali dei quali verrà in possesso ai fini dello svolgimento del presente Contratto, in conformità all'orientamento espresso dal Garante per la Protezione dei Dati Personali che prevede che il ruolo soggettivo dell'impresa assicurativa nell'ambito dei bandi di gara per l'affidamento dei servizi assicurativi non possa che essere di autonomo titolare del trattamento.

Risposta

Come previsto al punto 12 dell'Allegato 1 Domanda di Partecipazione, il concorrente *"DICHARA che, ai sensi del Regolamento UE/2016/679 con riferimento alle attività dedotte nel Contratto, assume la qualifica di Titolare autonomo del Trattamento"*, in conformità con quanto previsto dal parere del Garante della Privacy n. 458 del 28 ottobre 2019, richiamato nella domanda.

Divisione Sourcing Sanità, Beni e Servizi

Il Responsabile

(Dott. Guido Gastaldon)