



CORTE COSTITUZIONALE



**Piazza del Quirinale, 41
00187 Roma**

Procedura aperta ai sensi dell'articolo 71 del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, Codice dei contratti pubblici, per l'affidamento del servizio d'assistenza sanitaria integrativa a favore dei Giudici costituzionali, in carica ed emeriti, del personale in attività presso la Corte costituzionale, dei pensionati della Corte costituzionale e dei relativi nuclei familiari

CIG B6CEDA03C1

CAPITOLATO TECNICO

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA
INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL
PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI
DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI**

SEZIONE A - PREMESSA	3
SEZIONE B - QUANTITATIVI	4
SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA	6
C.1 - DEFINIZIONI	6
C.2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATILOSCRITTE	8
C.3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE CONTRATTUALI	8
C.4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA L’AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E L’ASSICURATORE.....	8
C.5 - DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	8
C.6 - PENALI.....	8
C.7 - COASSICURAZIONE E DELEGA.....	9
C.8 - ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO.....	10
C.9 - INCLUSIONE DEI NUCLEI ASSICURATI, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO.....	13
C.10 - REVISIONE DEI PREZZI	14
C.11 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE – MEDIAZIONE.....	15
C.12 - SPESE ED ONERI FISCALI	15
C.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	15
C.14 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI	16
SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.....	18
D.1 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE.....	18
D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	22
D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI.....	23
D.4 - RETE DEI CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK.....	23
D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI.....	24
D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI	24
D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI.....	25
D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE E DI RIMBORSO.....	25
D.9 - RINUNCIA DELLA SOCIETÀ AL DIRITTO DI SURROGAZIONE	27
SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE.....	28
E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI	28

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

E.2 - ESTENSIONE AI “PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO” DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO.....	28
SEZIONE F - SERVIZI COLLEGATI E ACCESSORI ALL’ASSISTENZA ASSICURATIVA.....	29
F.1 - REPORTISTICA DEI SINISTRI	29
F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L’AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO	30
F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO.....	30
SEZIONE G – CLAUSOLA BROKER	Errore. Il segnalibro non è definito.
ALLEGATI	32
ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE	32
ELENCO 2 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	32

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

SEZIONE A - PREMESSA

Il presente Capitolato Tecnico disciplina lo standard degli aspetti tecnico-giuridici della fornitura dei servizi assicurativi di assistenza sanitaria integrativa a favore dei Giudici costituzionali, in carica ed emeriti, del personale in attività presso la Corte costituzionale e dei pensionati della Corte costituzionale, nonché i loro nuclei familiari. La fornitura dei servizi assicurativi prevede, inoltre, la possibilità di estensione della garanzia a particolari categorie (figli non fiscalmente a carico, parenti ed affini entro il II grado dei soggetti assicurati e personale cessato dal servizio presso la Corte) a determinate condizioni esplicate nella Sezione E.

La Corte costituzionale si impegna a stipulare, all’esito della procedura di gara, con l’operatore economico risultante aggiudicatario il Contratto di Assicurazione in conformità alle condizioni di cui al presente Capitolato Tecnico e ne assume, nei confronti del medesimo Assicuratore, l’intero onere economico.

I dati anagrafici degli Assicurati sono forniti dalla Corte costituzionale secondo le modalità previste al paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa.*

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

SEZIONE B - QUANTITATIVI

Il numero dei nuclei familiari complessivamente da assicurare, secondo il dato aggiornato al 31 dicembre 2024, è pari a 455.

Di seguito si riporta un frazionamento delle unità suddivise per categorie:

NUCLEI FAMILIARI SUDDIVISI IN CATEGORIE	N. DI NUCLEI FAMILIARI ASSICURATI AL 31/12/2024	N. DI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI INCLUSI NEI NUCLEI FAMILIARI ASSICURATI al 31/12/2024
Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)	241	22
Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni	99	17
Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni	115	10
TOTALE	455	49

Si precisa che nella colonna “N. DI NUCLEI FAMILIARI ASSICURATI AL 31/12/2024” sono compresi anche i figli non fiscalmente a carico purché conviventi (di cui al paragrafo E.1 - *Estensione delle garanzie ai familiari non fiscalmente a carico purché conviventi*), dei quali si fornisce un ulteriore dettaglio nella colonna a destra.

Si precisa che i valori sopra riassunti sono puramente indicativi ai fini della formulazione dell’offerta da parte del concorrente. È comunque facoltà dell’Amministrazione contraente, nel caso in cui, prima del decorso del termine di durata del Contratto di Assicurazione, sia esaurito il quantitativo complessivo o i singoli quantitativi afferenti a ciascuna categoria, chiedere all’Assicuratore un incremento dei servizi fino alla concorrenza di 2/5 (due quinti) dei predetti quantitativi ai sensi dell’articolo 27, comma 3, del “Capitolato d’oneri generali”, approvato con Decreto ministeriale del 28/10/1985. In tal caso, ove l’aumento superasse 1/5 (un quinto), fino ad un massimo di 2/5 (due quinti), le Parti si impegnano a formalizzare l’aumento medesimo con apposito atto aggiuntivo.

Si informa, tra l’altro, che successivamente alla data del 31 dicembre 2024, cui si riferiscono le tabelle sopra riportate, l’Amministrazione ha proceduto all’immissione in ruolo di personale di nuova assunzione a seguito dell’espletamento di procedura concorsuale per n. 40 posti.

I “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa – indicati nel paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b) – nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione, possono fruire dell’estensione dell’assistenza erogata mediante distinto contratto di assicurazione nei termini previsti nel paragrafo E.2 - *Estensione ai “Parenti*

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa e del Personale che cessa dal servizio. L’Aggiudicatario si obbliga a offrire almeno le coperture assicurative indicate nel paragrafo D.1 – *Oggetto dell’Assicurazione*, punti A) e B). Resta fermo che tali contratti non comportano nessun onere per l’Amministrazione.

Al riguardo, si riportano i dati degli aventi diritto che hanno aderito a tale tipo di assicurazione aggiornati al **31/12/2024** per l’anno **2025**.

Polizza relativa a “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, ed al Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione.	
Totale dei nuclei familiari	n.20
Totale n. componenti	n.38

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

C.1 - DEFINIZIONI

Nel presente Capitolato Tecnico, ivi compresi l’Elenco 1 – *Gravi Malattie* e l’Elenco 2 – *Grandi Interventi Chirurgici*, viene convenzionalmente attribuito ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

Amministrazione contraente o anche solo Amministrazione	La Corte costituzionale
Assicurato/i	I soggetti il cui interesse è protetto dall’assicurazione, come previsto dal paragrafo D.2 - <i>Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa.</i>
Assicuratore o Aggiudicatario	L’operatore economico aggiudicatario della gara, ovvero l’impresa o compagnia assicuratrice o il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o il Consorzio.
Parte o Parti	La Corte costituzionale e/o l’Assicuratore
Contratto di Assicurazione o Assicurazione o Polizza	I documenti contrattuali che provano l’assicurazione
Nucleo/i familiare/i degli Assicurati:	L’insieme di almeno uno dei soggetti indicato nel paragrafo D.2 e del coniuge, anche se non legalmente a carico, cui è parificato per questi effetti il convivente <i>more uxorio</i> e dei figli fiscalmente a carico.
Premio	Il corrispettivo dovuto dall’Amministrazione contraente all’Assicuratore
Indennità	La somma dovuta dall’Assicuratore in caso di sinistro in favore dell’Assicurato
Sinistro	Il verificarsi dell’evento dannoso patito dall’Assicurato per il quale è prestata l’assicurazione
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute, anche temporaneo, non dipendente da infortunio patito dall’Assicurato
Grave malattia	Ogni malattia indicata nell’Elenco 1 – <i>Gravi malattie</i>
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all’Assicurato. Sono considerati infortuni a mero titolo ulteriormente esemplificativo e non esaustivo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ l’asfissia non di origine morbosa; ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; ✓ le affezioni e gli avvelenamenti conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari; ✓ l’annegamento; ✓ l’assideramento o il congelamento; ✓ i colpi di sole o di calore o di freddo; ✓ la folgorazione; ✓ le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ quelli sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall’uso di allucinogeni o dall’uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti; ✓ quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi in deroga all’articolo 1900 del codice civile; ✓ quelli conseguenti ad atti compiuti dall’Assicurato per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa; ✓ quelli causati da ubriachezza purché non alla guida di veicoli e/o natanti; ✓ quelli derivanti da tumulti popolari, scioperi, sommosse, a condizione che l’Assicurato non vi abbia preso parte attiva.
Intervento chirurgico	L’atto terapeutico realizzato mediante l’uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi, compreso l’utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l’introduzione di idoneo strumentario all’interno dell’organismo, fermo rimanendo quanto previsto al paragrafo D.1 - <i>Oggetto dell’Assicurazione</i> , punto B) <i>Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”</i> .
Grande intervento chirurgico	Ogni intervento chirurgico indicato nell’Elenco 2 – <i>Grandi interventi chirurgici</i>
Ricovero	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all’erogazione dell’assistenza ospedaliera.
Day hospital	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura.
Istituto di cura	Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata (a titolo meramente esemplificativo: ospedale, clinica, casa di cura o Istituto universitario), che, in base ai requisiti di legge e a quanto previsto dalle competenti autorità, è idonea all’erogazione dell’assistenza ospedaliera. Non sono considerati “Istituti di cura”: stabilimenti termali; case di convalescenza e soggiorno; cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Centro convenzionato	Istituto di cura (centro) che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti, in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto previsto a termini di polizza, direttamente dall’Assicuratore, come identificato al paragrafo D.4 - <i>Rete dei Centri convenzionati - Network</i> .
Franchigia	La somma, predeterminata in misura fissa, che, in caso di sinistro, dedotta dall’indennità, resta a carico dell’Assicurato.
Scoperto	La somma, espressa in valore percentuale che, in caso di sinistro, dedotta dall’indennità, resta a carico dell’Assicurato.
Medicina alternativa o complementare (MAC)	Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica;

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

	medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.
--	---

C.2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono valide ed efficaci solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dall’Amministrazione contraente e/o dall’Assicurato su moduli a stampa vale solo quale presa d’atto del premio e/o della ripartizione del rischio tra le imprese di assicurazione partecipanti alla Coassicurazione (si veda par. C.7 - *Coassicurazione e delega*).

C.3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE DEGLI ATTI DI GARA

In caso di dubbia interpretazione delle disposizioni degli atti di gare prevale l’interpretazione più favorevole all’Amministrazione contraente o all’Assicurato.

C.4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA L’AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E L’ASSICURATORE

Le comunicazioni tra l’Amministrazione contraente e l’Assicuratore devono essere effettuate tramite lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) o a mezzo corriere o altro mezzo che renda documentabile il ricevimento della comunicazione, indirizzati all’Assicuratore nel domicilio legale indicato nel Contratto di Assicurazione. In tal caso, le comunicazioni si intendono ricevute nel momento in cui pervengono all’indirizzo del destinatario (se effettuate mediante lettera raccomandata A/R o a mezzo corriere) o alla data risultante dalla ricevuta di consegna (se effettuate tramite PEC).

Per esigenze di tempestività e nel caso di ordinarietà della comunicazione, in accordo fra le Parti, queste possono essere effettuate anche tramite posta elettronica ordinaria.

C.5 - DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

L’Assicurazione avrà efficacia di 36 (trentasei) mesi con decorrenza dalle ore 24:00 del **31.12.2025** alle ore 24:00 del **31.12.2028**.

Ferma restando l’efficacia del vincolo contrattuale, ad ogni modo, l’Assicuratore si impegna a garantire le coperture riferite ad aventi che, per la loro specifica temporalità, trovano termine o di esauriscono oltre la scadenza contrattuale (si v. paragrafo D.3 - *Termini di aspettativa decorrenza delle prestazioni*).

Il contratto di Assicurazione cessa automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di preavviso, né possibilità di tacito o unilaterale rinnovo.

Fatto salvo quanto previsto nei periodi precedente, l’Assicuratore si impegna, su richiesta dell’Amministrazione contraente, da inoltrarsi a mezzo PEC entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza, a prorogare la validità dell’Assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura per procedere all’espletamento di nuova gara, come previsto dall’articolo 120, comma 11, del Codice dei contratti pubblici.

C.6 - PENALI

Per le fattispecie di rimborso in cui l’Assicuratore effettui il pagamento di quanto dovuto direttamente all’Assicurato, in caso di mancato rispetto del termine di liquidazione per n. 3 (tre) volte nel corso di un’annualità assicurativa, relativamente a singole pratiche di richieste di indennizzo, l’Assicuratore è tenuto al pagamento all’Amministrazione contraente di un importo, a titolo di penale, pari all’1% (un per

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

cento) dell’importo complessivo delle pratiche liquidate in ritardo, ai sensi dell’articolo 1382 del codice civile, fatto salvo l’eventuale risarcimento del maggior danno.

Nell’ipotesi di mancato rispetto del termine di liquidazione successivo al 9° (nono) evento complessivo nel corso del triennio, l’Assicuratore è tenuto al pagamento all’Amministrazione contraente di un importo pari all’1% (un per cento) dell’importo della singola pratica liquidata in ritardo.

Nell’ipotesi di mancato rispetto del termine di liquidazione successivo al 15° (quindicesimo) evento, l’Amministrazione ha diritto alla risoluzione del Contratto di Assicurazione, ai sensi dell’articolo 1456 codice civile.

Fatte salve le ipotesi previste ai paragrafi precedenti, l’Assicuratore è tenuto al pagamento di un importo, a titolo di penale, pari all’1% (un per cento) dell’importo della pratica di rimborso nel caso di ritardo della liquidazione, anche in una singola ipotesi, oltre il 30° (ventesimo) giorno rispetto al termine previsto, fatto salvo l’eventuale risarcimento del maggior danno.

Resta inteso che l’ipotesi di ritardo per non completezza della documentazione presentata dall’Assicurato ai fini del rimborso, non dà luogo ad applicazione di penali.

Nell’ipotesi di mancato rispetto dei termini previsti per le obbligazioni previste dal paragrafo F.1 - *Reportistica dei sinistri del Capitolato Tecnico*, l’Assicuratore è tenuto a corrispondere all’Amministrazione la somma di € 100,00 (euro cento/00) per ogni giorno di ritardo, ai sensi dell’articolo 1382 del codice civile, fatto salvo il risarcimento del maggior danno.

Nell’ipotesi di assenza del referente dell’Assicuratore, ovvero di un sostituto espressamente autorizzato dalla Corte, nell’ambito del servizio di “Presidio tecnico” – come previsto nel paragrafo F.2 - *Presidio tecnico presso l’Amministrazione e numeri dedicati al servizio* – l’Assicuratore è tenuto a corrispondere all’Amministrazione, a partire dal 2° (secondo) giorno di assenza consecutiva, la somma di € 100,00 (euro cento/00) a titolo di penale per ogni giorno di assenza.

Fermo restando quanto previsto nel periodo precedente, in caso di assenza per un unico giorno del referente per il “Presidio tecnico”, ed in assenza del sostituto autorizzato dalla Corte, l’Assicuratore si impegna a recuperare tale giorno di assenza in altra data da dover collocare tempestivamente e comunque antecedentemente al successivo turno di “Presidio tecnico” come previsto dalla concordata calendarizzazione.

Nell’ipotesi di assenza consecutiva del referente tecnico, ovvero di un sostituto espressamente autorizzato dalla Corte, per n. 3 (tre) volte, oppure nell’ipotesi di assenza per n. 10 (dieci) volte complessive nel corso del periodo di aggiudicazione, anche non consecutive, l’Amministrazione ha la facoltà di risolvere il contratto per inadempimento, ai sensi dell’articolo 1456 del codice civile.

C.7 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l’Assicuratore intenda avvalersi dell’istituto della coassicurazione diretta, la gestione del contratto sarà affidata all’impresa delegataria indicata nel contratto medesimo; di conseguenza i rapporti inerenti al contratto intercorrono con l’impresa delegataria.

Gli atti di gestione compiuti dall’impresa delegataria per conto comune sono validi ed efficaci anche nei confronti delle altre imprese coassicuratrici.

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

Pertanto, la firma apposta dall’impresa delegataria sul Contratto di Assicurazione è ad ogni effetto valida anche per le quote delle coassicuratrici.

Ai sensi dell’articolo 1911 del codice civile, ciascuna impresa coassicuratrice risponde della quota di rischio rispettivamente assunta.

C.8 - ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Ai fini della determinazione dei premi relativi alle garanzie assicurative previste dal presente Capitolato Tecnico, fermi restando il numero dei nuclei familiari assicurati al 31 dicembre 2024 e la loro suddivisione in categorie così come indicata alla Sezione B - *Quantitativi*, si forniscono di seguito dei dati di ulteriore dettaglio su ciascuna categoria e in particolare:

A) Classificazione di ciascuna categoria in classi di età e sesso dei soggetti assicurati:

Tab. A1 - Classi di età e sesso relativi alla categoria “Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali in carica”

Classi di età	Femmine	Femmine non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Maschi	Maschi non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Totale Complessivo
0-30	135	5	128	9	263
31-40	23	3	22	3	45
41-50	54	1	44	1	98
51-60	104	0	96	0	200
61-75	56	0	57	0	113
Oltre 75	33	0	3	0	6
TOTALE	375	9	350	13	725

(*) Numero già ricompreso nel totale della colonna a fianco

Tab. A2 - Classi di età e sesso relativi allo scaglione “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni”

Classi di età	Femmine	Femmine non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Maschi	Maschi non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Totale Complessivo
0-30	11	1	4	1	15
31-40	20	5	25	3	45
41-50	7	4	8	3	15
51-60	8	0	0	0	8
61-75	97	0	57	0	154
Oltre 75	1	0	6	0	7
TOTALE	144	10	100	7	244

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

(*) Numero già ricompreso nel totale della colonna a fianco

Tab. A3 - Classi di età e sesso relativi alla categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni”

Classi di età	Femmine	Femmine non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Maschi	Maschi non fiscalmente a carico purché conviventi (*)	Totale Complessivo
0-30	0	0	0	0	0
31-40	1	0	0	0	1
41-50	6	2	5	1	11
51-60	6	3	2	2	8
61-75	12	2	1	0	13
Oltre 75	92	0	57	0	149
TOTALE	117	7	65	3	182

(*) Numero già ricompreso nel totale della colonna a fianco

B) Dettaglio per ciascuna categoria della numerosità dei componenti i nuclei familiari

Tab. B1 - Numerosità componenti nuclei familiari relativi alla categoria “Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi Giudici costituzionali (in carica)”

Numerosità componenti nuclei familiari	N. dei nuclei familiari
1 persona	30
2 persone	42
3 persone	74
4 persone	86
5 persone	9
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
TOTALE	241

Tab. B2 - Numerosità componenti nuclei familiari relativi alla categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni”

Numerosità componenti nuclei familiari	N. dei nuclei familiari
1 persona	14

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

2 persone	43
3 persone	25
4 persone	16
5 persone	1
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
TOTALE	99

Tab. B3 - Numerosità componenti nuclei familiari relativi alla categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni”

Numerosità componenti nuclei familiari	Totale dei nuclei familiari
1 persona	59
2 persone	47
3 persone	7
4 persone	2
5 persone	0
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
TOTALE	115

I dati relativi ai sinistri ed ai premi inerenti agli anni 2023, 2024 sono dettagliati nell’Allegato 1 al Disciplinare.

Infine, si riportano i dati relativi ai “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa – come indicati nel paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché del Personale assicurato che cessa dal servizio presso la Corte costituzionale, con rientro presso Amministrazione di provenienza, che possono stipulare distinte polizze individuali, negli termini previsti dal paragrafo E.2 - *Estensione ai “parenti ed affini entro in II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa e del personale che cessa dal servizio*. Resta fermo che i contratti di assicurazione riguardanti tali predette categorie non comportano nessun onere per l’Amministrazione e che il premio è interamente a carico del beneficiario della polizza.

Tab. C1 - Polizza relativa a “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché il

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione – Classificazione per numerosità componenti dei nuclei familiari

Numerosità componenti nuclei familiari	N. dei nuclei familiari
1 persona	8
2 persone	9
3 persone	2
4 persone	0
5 persone	1
TOTALE	20

Tab. C2 - Polizza relativa a “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa, come previsti nel punto D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa*, lett. a) e b), nonché il Personale assicurato che cessa dal servizio presso l’Amministrazione – Classificazione per classi di età e sesso

Classi di età	Femmine	Maschi	Totale Complessivo
0-30	0	1	1
31-40	4	0	4
41-50	1	0	1
51-60	1	1	2
61-75	4	7	11
Oltre 75	13	6	19
TOTALE	23	15	38

C.9 - INCLUSIONE DEI NUCLEI ASSICURATI, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Per gli anni assicurativi 2026, 2027 e 2028, l’Amministrazione comunica entro il 31 dicembre di ogni anno l’elenco del personale, con relativo nucleo familiare, che avrà aderito alle garanzie assicurative previste nel presente Capitolato Tecnico.

Qualora il personale già in servizio con il proprio nucleo familiare non aderisca entro il termine previsto, può aderirvi unicamente a far data dall’annualità successiva.

L’Amministrazione può, nel corso dell’anno assicurativo, includere un nuovo nucleo familiare solo ed esclusivamente per il dipendente che prende servizio presso la Corte costituzionale nel corso dell’anno ed escludere i nuclei familiari estinti nel corso dell’anno assicurativo, laddove per estinzione del nucleo familiare si intende il decesso dell’unico componente residuo del nucleo familiare stesso.

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

Per il personale che prende servizio presso la Corte costituzionale nel corso dell’anno, ed il relativo nucleo familiare, l’efficacia delle coperture assicurative decorrerà dalle ore 24:00 del giorno in cui l’Amministrazione contraente invierà la comunicazione di inclusione all’Assicuratore mediante le modalità indicate nel paragrafo C.4 - *Forma delle comunicazioni tra l’Amministrazione contraente e l’assicuratore.*

Nel caso di esclusioni dalla copertura nel corso dell’anno assicurativo di uno o più nuclei familiari per estinzione del nucleo stesso, l’avvenuta estinzione è tempestivamente comunicata dall’Amministrazione e la copertura cessa la sua efficacia a far data dalla naturale estinzione del nucleo familiare.

Per gli anni assicurativi 2026, 2027 e 2028, l’Amministrazione è tenuta a versare entro il 31 gennaio di ogni annualità assicurativa un premio anticipato pari al 50% (cinquanta per cento) del premio annuo previsto dal Contratto di Assicurazione; la rimanente parte del premio annuale, dovuta ai termini di polizza, verrà saldata entro il 28 febbraio del medesimo anno, sulla base del numero dei nuclei familiari effettivamente assicurati, compresi nell’elenco redatto a cura della Corte costituzionale, come specificato nel paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa.*

Ai fini del pagamento del premio e del relativo conguaglio per gli anni assicurativi 2026, 2027 e 2028 resta comunque inteso che:

1. nel caso di inclusioni:

- a) se l’inclusione avviene nel primo semestre dell’anno solare, la stessa comporta la corresponsione dell’intero premio annuo;
- b) se l’inclusione avviene nel secondo semestre dell’anno solare verrà corrisposto il 60% (sessanta per cento) del premio annuo;

2. nel caso di esclusione per estinzione del nucleo, l’Assicuratore è tenuto alla restituzione della parte di premio ricevuta e non goduta, al netto delle imposte, in ragione di 1/12 (un dodicesimo) del premio annuale del nucleo familiare escluso per ogni mese di garanzia residua.

Rimane comunque inteso che l’eventuale conguaglio delle inclusioni/esclusioni dei nuclei familiari avverrà entro il 31 gennaio dell’annualità successiva a quella di riferimento.

Qualora non venissero pagate le rate di premio o i successivi premi a conguaglio, secondo quanto previsto al presente paragrafo, l’Assicurazione resterà sospesa dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello della scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24:00 del 1° (primo) giorno immediatamente successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell’articolo 1901 del codice civile.

C.10 - REVISIONE DEI PREZZI

Nel caso di aumento o diminuzione del costo del servizio dovuti a particolari condizioni di natura oggettiva in misura superiore al 5% (cinque per cento) dell’importo complessivo, decorsi almeno 12 (dodici) mesi dalla stipula del Contratto e nel corso dell’esecuzione, i contributi sono aggiornati nella misura dell’80% (ottanta per cento) del valore eccedente la variazione del 5% (cinque per cento), in relazione alle prestazioni da eseguire, ai sensi degli articoli 60 e 120 del Codice. Ai fini del calcolo della variazione dei prezzi si utilizza l’indice dei prezzi al consumo, esclusi i tabacchi disponibile al momento del pagamento del corrispettivo e quello corrispondente al mese/anno di sottoscrizione del contratto.

La revisione dei prezzi può essere richiesta una sola volta per ciascuna annualità.

C.11 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE – MEDIAZIONE

In caso di controversie di natura medica sull’indennizzabilità del sinistro, le Parti possono:

- conferire per iscritto un mandato a decidere con riguardo alla spettanza e alla misura dell’indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell’Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell’Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano, fin d’ora, a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Oppure:

- attivare un procedimento stragiudiziale di mediazione ai sensi del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l’altra parte a aderire e a partecipare all’incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del citato d.lgs. n. 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta dell’Amministrazione contraente può avere sede nella medesima provincia ove gli stessi risiedono. In caso di più domande relative alla stessa controversia, trova applicazione il criterio di priorità cronologica, con conseguente svolgimento della mediazione avanti l’Organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, resta la facoltà della Parte di agire in giudizio. In tale caso foro competente quello del luogo ove ha sede legale l’Amministrazione contraente o dell’Assicurato.

C.12 - SPESE ED ONERI FISCALI

Sono a carico dell’Assicuratore tutte le spese di copia, stampa, registrazione in caso d’uso ed altre inerenti al presente atto.

Per quanto riguarda le imposte, tasse ed altri oneri fiscali relativi all’Assicurazione, trovano applicazione le disposizioni legislative in materia.

C.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il Contratto di Assicurazione è regolato:

- a) da quanto previsto nel presente Capitolato Tecnico nonché da quanto disciplinato nei suoi allegati;
- b) dalle disposizioni del decreto legislativo n. 36/2023, Codice dei contratti pubblici;

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- c) dal codice civile e dalle altre disposizioni normative in vigore in materia di contratti di diritto privato e di assicurazioni, ove non espressamente disciplinato dal Contratto o dal Capitolato Tecnico.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni di polizza valgono le norme di legge.

C.14 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI

Ai sensi e per gli effetti dell’articolo 3, comma 8, della legge 13 agosto 2010, n. 136, l’Assicuratore s’impegna a rispettare puntualmente quanto previsto in ordine agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

L’Aggiudicatario è tenuto alla comunicazione all’Amministrazione:

- a) degli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, con l’indicazione della fornitura alla quale sono dedicati;
- b) delle generalità e il codice fiscale delle persone delegate ad operare sugli stessi;
- c) di ogni modifica relativa ai dati trasmessi.

La comunicazione deve essere effettuata entro 7 (sette) giorni dall’accensione del conto corrente ovvero, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative ad una commessa pubblica. In caso di persone giuridiche, la comunicazione deve essere sottoscritta da un legale rappresentante ovvero da un soggetto munito di apposita procura. L’omessa, tardiva o incompleta comunicazione degli elementi informativi comporta, a carico del soggetto inadempiente, l’applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da € 500,00 (euro cinquecento/00) a € 3.000,00 (euro tremila/00).

L’Aggiudicatario è, inoltre, tenuto a comunicare tempestivamente, comunque non oltre non oltre 7 (sette) giorni dalla/e variazione/i di qualsivoglia modifica dei dati relativi agli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i dedicato/i, nonché delle generalità e del codice fiscale delle persone delegate ad operare su detto/i conto/i.

Nel caso in cui l’Aggiudicatario, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell’inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all’articolo 3 della legge n. 136/2010, è tenuto a darne comunicazione all’Amministrazione ed alla Prefettura - Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede l’Amministrazione.

L’Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all’Aggiudicatario e con interventi di controllo ulteriori, l’assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

L’Aggiudicatario si impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall’articolo 3, comma 9-bis, legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell’articolo 1456 del codice civile.

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva.

Ai sensi dell'articolo 1458 del codice civile, la risoluzione non si estende alle obbligazioni dell'Aggiudicatario derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

D.1 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

I servizi di assicurazione sanitaria richiesti sono operanti in caso di malattia e infortunio per le spese sostenute dall’Assicurato per:

A) Rimborso delle spese ospedaliere

L’Assicuratore è tenuto a rimborsare le spese sostenute dall’Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di **€ 350.000,00 (euro trecentocinquantamila/00)**, raddoppiabile in caso di Grande Intervento Chirurgico o di Grave malattia, **per anno assicurativo e nucleo familiare**, in caso di ricovero – con o senza intervento chirurgico – in Istituto di cura pubblico o privato, anche in regime di day hospital, o d’intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, come di seguito specificato:

- a) per gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza (con il limite di **€ 400,00 (euro cinquecento/00) pro-die**), la terapia intensiva, gli onorari dei medici e delle equipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria per il materiale d’intervento (ivi compresi le endoprotesi applicate durante l’intervento stesso);
- b) per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), effettuati anche al di fuori dell’Istituto di cura, nei **120 (centoventi) giorni** che precedono il ricovero, o l’intervento ambulatoriale, e ne abbiano evidenziato la necessità;
- c) per le prestazioni mediche e gli esami diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da personale sanitario autorizzato e per le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio) sostenute nei **120 (centoventi) giorni** successivi a quello di cessazione del ricovero o dell’intervento chirurgico ambulatoriale.

Le prestazioni sopra descritte erogate in regime di ricovero possono essere sostituite, a scelta dell’Assicurato, dalla corresponsione di un’indennità di **€ 100,00 (euro cento/00) pro-die**, ridotti ad **€ 50,00 (euro cinquanta/00)** in caso di day hospital per un massimo di **150 (centocinquanta) giorni per anno assicurativo e nucleo familiare**. Il giorno del ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione, come giorno unico. Tale indennità sostitutiva è corrisposta in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per le prestazioni pre-ricovero e post-ricovero, per le quali restano valide le modalità di rimborso previste nelle voci precedenti.

Inoltre, l’Assicuratore è tenuto a rimborsare:

- a) in caso di ricovero in Italia, le spese di trasporto con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato sia dal luogo dove si trova l’Assicurato all’Istituto di cura e viceversa, sia da un Istituto di cura all’altro, entro il limite di **€ 3.500,00 (euro tremilacinquecento/00) per anno assicurativo e nucleo familiare**;
- b) in caso di ricovero con intervento chirurgico all’estero, le spese di trasporto, limitatamente al **viaggio di andata e ritorno connesso al ricovero, entro il limite di € 3.500,00 (euro tremilacinquecento/00) per anno assicurativo e nucleo familiare**;
- c) in caso di parto non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di **€ 3.600,00 (euro tremilaseicento/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare**;

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- d) in caso di parto cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di **€ 8.000,00 (euro ottomila/00)** per anno assicurativo e per nucleo familiare;
- e) le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore, fino ad un massimo di **€ 120,00 (euro centoventi/00) giornalieri con riferimento al triennio di aggiudicazione** e per **non più di 50 (cinquanta) giorni per anno assicurativo e nucleo familiare**;
- f) in caso di trapianti di organi, le spese sostenute per il loro prelievo e il loro trasporto, entro il limite del massimale di **€ 350.000,00 (euro trecentocinquantamila/00)**;
- g) in caso di decesso all'estero, conseguente a uno degli eventi assicurati, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, entro il limite di **€ 5.500,00 (euro cinquemilacinquecento/00) per anno assicurativo e nucleo familiare**.

Oltre a quanto sopra, l'Assicuratore è tenuto a rimborsare in caso di malattia oncologica, entro il limite del massimale di **€ 10.000,00 (euro diecimila/00)** per evento:

- a) le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero;
- b) in presenza di ricovero, le spese per visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei 2 (due) anni successivi alla data di cessazione del 1° (primo) ricovero relativo alla malattia stessa;
- c) in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei **60 (sessanta) giorni** successivi alla data di dimissione.

Tutte le prestazioni eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di *intramoenia*, in un Centro convenzionato o in un centro non convenzionato, verranno prestate/rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

B) Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”

L'Assicuratore è tenuto a rimborsare, fino alla concorrenza del massimale di **€ 4.000,00 (euro quattromila/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare**, le spese per gli esami di alta diagnostica sottoelencati, purché pertinenti a una malattia o a un infortunio:

- TEST NON INVASIVI PRENATALI (NIPT)
- AMNIOCENTESI
- PET
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC)
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- ECOTOMOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- ANGIOGRAFIA
- ANGIOGRAFIA DIGITALE
- FLEBOGRAFIA
- ESAME HOLTER
- ECODOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA A RIPOSO ED A SFORZO
- ECOGRAFIA INTRA VASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS-ESOFAGEA
- ECOCONTRASTOGRAFIA

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- ISTEROSALPINOGRRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA DELL’APPARATO DIGERENTE ED UROLOGICO
- DENSINTOMETRIA OSSEA
- RADIONENFOGRAMMA
- ESAMI ISTOPATOLOGICI RIFERITI AI SUDDETTI ACCERTAMENTI.

Nell’ipotesi in cui le prestazioni siano preventivamente autorizzate ed effettuate in un Centro convenzionato, sono prestate **senza scoperto a carico dell’Assicurato**; se effettuate in un centro non convenzionato o presso un Centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, sono rimborsate con uno scoperto del **20%** (venti per cento) a carico dell’Assicurato con il minimo di **€ 80,00 (euro ottanta/00)**.

Nell’ipotesi in cui le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l’eventuale ticket è rimborsato al **100%** (cento per cento) senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nell’ipotesi in cui le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di *intramoenia*, se trattasi di esami diagnostici, il costo degli stessi è **integralmente rimborsato, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

C) Rimborso spese per visite specialistiche ed ulteriori accertamenti diagnostici

L’Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di **€ 3.300,00 (euro tremilatrecento/00) per anno assicurativo e nucleo familiare**, le spese per visite mediche specialistiche (ambulatoriali o domiciliari, con esclusione comunque di quelle odontoiatriche e ortodontiche) ed esami diagnostici (strumentali e di laboratorio), non rientranti nell’elenco di cui al precedente punto B), purché pertinenti a una malattia o a un infortunio.

Nell’ipotesi in cui le prestazioni siano autorizzate ed effettuate in un Centro convenzionato, sono prestate **senza scoperto a carico dell’Assicurato**; se effettuate in un centro non convenzionato o presso un Centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, verranno rimborsate per il **56%** (cinquantasei per cento).

Nell’ipotesi in cui le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l’eventuale ticket è rimborsato al **100%** (cento per cento) senza applicazione di alcun scoperto o franchigia.

Nell’ipotesi in cui le prestazioni sopra descritte vengano eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in regime di *intramoenia*:

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- se trattasi di esami diagnostici il costo degli stessi è **integralmente rimborsato, senza applicazione di alcun scoperto o franchigia**;
- se trattasi di visite specialistiche il costo delle stesse verrà rimborsato nella misura del **80%** (ottanta per cento).

D) Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio

L’Assicuratore è tenuto a rimborsare i trattamenti fisioterapici e rieducativi e noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici con il limite di **€ 500,00** (euro cinquecento/00) per anno assicurativo e nucleo familiare, con applicazione di una franchigia di **€ 80,00** (euro ottanta/00) per ciclo di cura, eccetto il caso in cui sia utilizzato un Centro convenzionato.

E) Rimborso spese per acquisto lenti ed occhiali Prestazioni opzionali

L’Assicuratore è tenuto a rimborsare le spese sostenute per l’acquisto di lenti da vista, in seguito a modifica di *visus*, comprese le lenti a contatto, fino a concorrenza di **€ 250,00** (euro duecentocinquanta/00) per anno assicurativo e per nucleo familiare.

F) Prestazioni opzionali

L’Assicuratore può proporre nella propria offerta una o più delle prestazioni di descritte ai punti F.1) e F.2), formulando la propria proposta in merito al contenuto delle prestazioni che saranno effettivamente ricomprese ed eventuali livelli migliorativi rispetto a quelli previsti dal presente Capitolato.

F.1) Rendita per Long Term Care (LTC)

La garanzia di una rendita per il caso di riconosciuta “non autosufficienza” dell’Assicurato o di un componente del nucleo familiare, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa, denunciato entro i termini di prescrizione stabilita dalla legge e fino alla persistenza di tale stato. La rendita consiste nell’erogazione, con periodicità mensile, di un importo di **€ 200,00** (euro duecento/00), a partire dalla data della manifestazione dell’evento fino alla persistenza di tale stato, comunque per un periodo massimo di anni **2 (due) anni**, a prescindere dall’eventuale decorsa scadenza della garanzia assicurativa. La copertura è valida per ciascun componente assicurato in polizza, affetto dall’invalidità sotto specificata.

Per stato di non autosufficienza si intende: “si considera in stato di non autosufficienza l’Assicurato che, a causa di una malattia, di una lesione o la perdita delle forze, si trova in uno stato tale da avere bisogno quotidianamente e in misura notevole dell’assistenza di un’altra persona nel compiere almeno quattro delle seguenti sei azioni consuete della vita quotidiana, nonostante l’uso di ausili tecnici e medici: 1) muoversi nella stanza; 2) alzarsi e mettersi a letto; 3) vestirsi e svestirsi; 4) consumare cibi e bevande; 5) lavarsi, pettinarsi e farsi la barba; 6) funzioni fisiologiche”.

F.2) Check-up

Si tratta di una serie di prestazioni sanitarie di natura preventiva per l’intero nucleo familiare, erogabili senza l’indicazione della patologia e senza prescrizione medica.

L’Assicuratore mette a disposizione attraverso la propria rete di Centri convenzionati - Network gli accertamenti diagnostici a scopo preventivo, in assenza, quindi, di alterazioni morbose, nel limite annuo di **€ 250,00** (euro duecentocinquanta/00) per componente del nucleo assicurato e una volta l’anno. Il contenuto minimo di tali accertamenti diagnostici, in caso di offerta riguardante la presente prestazione, deve ad ogni modo comprendere:

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- a) DONNA (gino-test):
 - esame mammografico;
 - esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
 - esame elettrocardiografico;
- b) UOMO (andro-test):
 - elettrocardiogrammi a riposo e da sforzo;
 - esame radiologico del torace;
 - esami del sangue: emocromo, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL, quadrolipidico.

D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

L’Assicurazione è prestata in favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dall’età e dalle condizioni fisiche degli stessi:

- a) i Giudici costituzionali, in carica ed emeriti;
- b) il personale in attività presso la Corte costituzionale ed i pensionati della Corte costituzionale.

L’Assicurazione comprende l’intero nucleo familiare, inteso come l’insieme di almeno uno dei soggetti di cui alle precedenti lettere a) e b) ed iscritti al Fondo Erogazioni Assistenziali – FEA:

- del coniuge, anche se non legalmente a carico, cui è parificato per questi effetti il convivente *more uxorio*;
- dei figli fiscalmente a carico.

L’elenco dei nuclei familiari da includere nella copertura assicurativa, suddivisi per categorie, con il dettaglio per ciascun nucleo familiare, nonché:

- del codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare;
- dei dati anagrafici del soggetto avente diritto alla copertura ed iscritto al FEA e di tutti gli altri soggetti appartenenti al nucleo familiare,

è fornito dalla Corte costituzionale, mediante una delle modalità previste nel paragrafo C.4 o comunque su supporto informatico, entro il 31 dicembre di ogni anno, fermo restando quanto previsto al punto C.9 - *Inclusione dei nuclei assicurati, Pagamento e Regolazione del premio* in merito alla comunicazione dei nuclei familiari effettivamente assicurati da effettuarsi entro il 28 febbraio di ogni anno; ai fini della copertura assicurativa, l’elenco esaustivo rimarrà quello comunicato entro il 28 febbraio di ogni anno. Resta inteso tra le Parti che per i nuclei comunicati nell’elenco entro il 28 febbraio e non compresi nella comunicazione effettuata entro il 31 dicembre la copertura avrà comunque efficacia con decorrenza dalle ore 24:00 del 31 dicembre.

Gli aggiornamenti, concernenti ogni variazione dei nuclei familiari assicurati che dovesse verificarsi nel corso di ciascun periodo assicurativo, saranno, ai fini della decorrenza della copertura assicurativa, tempestivamente comunicati dall’Amministrazione contraente e l’efficacia delle coperture decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui la predetta comunicazione è inviata all’Aggiudicatario mediante le modalità previste nel paragrafo C.4 - *Forma delle comunicazioni tra l’Amministrazione contraente e l’assicuratore*.

Per le estensioni di cui al paragrafo E.2 - *Estensione ai “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa e del Personale assicurato che cessa dal servizio*, l’Aggiudicatario si impegna a stipulare, previa comunicazione dell’Amministrazione, distinte polizze individuali che garantiscano almeno le coperture assicurative indicate nel paragrafo D.1 - *Oggetto dell’Assicurazione*, punti A) e B), con applicazione

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

dei premi e delle condizioni indicati nel medesimo paragrafo E.2. Resta fermo che tali polizze non comportano oneri per l’Amministrazione.

D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

Come previsto al paragrafo C.5 - *Durata e decorrenza del Contratto di Assicurazione*, gli effetti del Contratto di Assicurazione decorrono dalle ore 24:00 del **31.12.2025** alle ore 24:00 del **31.12.2028**.

Per quanto concerne i componenti del nucleo familiare degli Assicurati, il diritto alla copertura assicurativa decorre:

- per il figlio, dalla nascita o dalla trascrizione del decreto di adozione;
- per il coniuge e per il convivente *more uxorio*, rispettivamente, dal matrimonio o dall’iscrizione del convivente nella medesima famiglia anagrafica.

Qualora il ricovero e/o un evento che comporti la validità della garanzia assicurativa, non si siano esauriti nella loro temporalità alla data di cessazione della garanzia assicurativa, l’Assicuratore è tenuto alla liquidazione di quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine del ricovero e/o dell’evento, anche in caso di:

- disdetta della polizza o risoluzione del Contratto di Assicurazione;
- scadenza della polizza.

Eccetto per le pratiche di presa in carico e pre-autorizzazione delle prestazioni da effettuarsi nella rete di centri convenzionati-network, l’Assicuratore si impegna:

- alla presa in carico e lavorazione, entro **20 (venti) giorni lavorativi**, delle richieste di ricovero;
- alla presa in carico e lavorazione, entro **10 (dieci) giorni lavorativi**, delle richieste relative a prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche e accertamenti;
- alla liquidazione del rimborso entro **10 (dieci) giorni lavorativi** dal ricevimento della documentazione completa riferita alle richieste di ricovero e relative a prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche e accertamenti (cfr. paragrafo D.8.1 – *Liquidazione e rimborso delle spese per accertamenti di “alta diagnostica” e per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici*).

Tali termini trovano applicazione anche nel caso di ricovero o effettuazione delle prestazioni nella rete di Centri convenzionati senza previa autorizzazione, per le quali l’Assicurato chiede il rimborso, nonché nel caso di rimborso delle spese anticipate dall’Assicurato per l’utilizzo di equipe non convenzionate.

D.4 - RETE DEI CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK

L’Assicuratore deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati (Centri convenzionati - Network) nella quale gli Assicurati possono ricoverarsi o eseguire le prestazioni incluse nel paragrafo D.1 – *Oggetto dell’Assicurazione*. Il servizio di accesso alla rete di centri clinici convenzionati, è valido per tutte le garanzie in polizza.

L’Assicuratore si impegna alla presa in carico e alla pre-autorizzazione delle prestazioni da effettuarsi nella rete dei Centri convenzionati entro **3 (tre) giorni** lavorativi dalla relativa richiesta.

Le spese per le prestazioni erogate all’Assicurato nel caso di utilizzo di Centri convenzionati ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dall’Assicuratore alle strutture stesse, ad

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

eccezione delle franchigie di polizza e delle spese non previste dalla polizza stessa e fermo restando quanto disciplinato al paragrafo D.8.2 - *Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico*, punto 4 *Spese precedenti e successive al ricovero*.

L’Assicuratore si impegna a mettere a disposizione l’intera rete dei Centri convenzionati senza alcuna eccezione di strutture.

D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI

L’Assicurazione vale per il mondo intero.

I rimborsi di spese sostenute all’estero verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall’Assicurato, ricavato dalle quotazioni del competente organo.

D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Sono esclusi dall’Assicurazione:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad “esaurimento nervoso”;
- b) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- c) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (AIDS);
- d) le cure e gli interventi per l’eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni non funzionali, preesistenti, alla stipulazione del Contratto di Assicurazione;
- e) le prestazioni di carattere dietologico ed estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- f) le terapie, di qualsiasi tipo, dell’impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell’ambito della fecondità assistita;
- g) l’agopuntura non effettuata da medico;
- h) interruzione volontaria della gravidanza;
- i) le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche), salvo quanto previsto al punto D.1 - *Oggetto dell’Assicurazione, lett. e) Prestazioni opzionali*, e salvo conseguenti a infortunio;
- j) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) l’acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dal paragrafo D.1 - *Oggetto dell’Assicurazione*;
- l) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- m) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall’Assicurato;
- n) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni, le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di **14** (quattordici) giorni dall’inizio delle ostilità se ed in quanto l’Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all’estero;

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- o) gli infortuni derivanti e/o conseguenti, direttamente o indirettamente, da contaminazione di qualsiasi natura, nonché da contagio/infezione nei casi di pandemia o epidemia riconosciuta come tale, dalle competenti Autorità sanitarie regionali, nazionali o internazionali.

D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEI SINISTRI

In caso di ricovero in un Centro convenzionato, l’Amministrazione contraente e/o l’Assicurato prendono contatto direttamente con l’Istituto di cura o con la centrale operativa comunicata dall’Assicuratore.

In caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato o in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o di utilizzo di equipe mediche non convenzionate, l’Assicurato presenta una denuncia scritta all’Assicuratore entro **30 (trenta) giorni** dalla data di dimissione dall’Istituto di Cura.

In tutti gli altri casi, l’Amministrazione contraente e/o l’Assicurato, anche tramite soggetto delegato secondo le modalità dell’Assicuratore, devono presentare denuncia scritta all’Assicuratore entro **90 (novanta) giorni** dal verificarsi del sinistro, ovvero della prestazione effettuata.

Nelle ipotesi previste nei paragrafi precedenti, ai fini della gestione delle pratiche relative alla denuncia scritta di ricovero o sinistro da parte degli Assicurati, l’Assicuratore deve garantire le seguenti modalità di inoltro e lavorazione:

- consegna della documentazione al referente incaricato nell’ambito del servizio di presidio di cui al paragrafo F.2;
- invio tramite posta raccomandata A/R;
- caricamento della documentazione su apposito supporto informatico o piattaforma telematica messi a disposizione dall’Assicuratore;
- invio tramite posta elettronica.

L’Assicurato è tenuto a sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall’Assicuratore, nonché fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della documentazione medica o della cartella clinica completa.

D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE E DI RIMBORSO

D.8.1 - Liquidazione e rimborso delle spese per accertamenti di “alta diagnostica” e per le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

Per quanto concerne le richieste relative a ricoveri, prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche e accertamenti, l’Assicuratore, su presentazione da parte dell’Assicurato delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, effettua il pagamento entro i termini indicati nel paragrafo D.3 (entro 20 (venti) giorni lavorativi dalla richiesta di rimborso in caso di ricovero, entro 10 (dieci) giorni lavorativi dalla richiesta di rimborso in caso di denuncia relativa a prestazioni di alta diagnostica, visite specialistiche e accertamenti). Si precisa che tali termini decorrono solo dal momento della presentazione della documentazione completa. L’eventuale ritardo nel rimborso, pertanto, dovuto dalla presentazione di documentazione incompleta da parte dell’Assicurato, non può comportare l’applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - *Penali*.

Il già menzionato rimborso dovrà avvenire su indicazione dell’Assicurato:

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- a) tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dall’Assicurato al momento della liquidazione o dall’Amministrazione all’atto della trasmissione dei dati anagrafici del nucleo stesso ai fini dell’inclusione in copertura;
oppure
- b) tramite assegno circolare intestato al titolare del nucleo familiare.

L’Assicuratore invia una quietanza all’Assicurato dell’avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora l’Assicurato abbia a terzi presentato notule distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l’Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D.9 - *Rinuncia della società al diritto di surrogazione*.

D.8.2 - Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico

L’Assicuratore provvede al pagamento di quanto dovuto, nel rispetto delle tempistiche descritte rispettivamente nel paragrafo D.3, in funzione delle varie tipologie delle prestazioni, come di seguito descritto:

1. Ricoveri in Centri convenzionati

- a) Ricoveri in Centri convenzionati con equipe medica convenzionata in caso di ricovero presso un Istituto di cura convenzionato, con o senza intervento chirurgico, e sempreché l’intervento chirurgico sia eseguito da equipe operatoria altrettanto convenzionata, l’Assicuratore provvede ad effettuare il pagamento diretto all’Istituto di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini della presente polizza.
- b) Ricoveri in Centri convenzionati con equipe medica non convenzionata in caso di ricovero presso un Istituto di cura convenzionato, con intervento chirurgico che comporti l’assistenza di equipe operatoria non convenzionata, l’Assicuratore provvede ad effettuare il pagamento diretto all’Istituto medesimo di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborsa all’Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell’equipe operatoria non convenzionata e secondo quanto previsto al successivo punto 4).

2. Ricoveri in Istituti di Cura non convenzionati

In caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato, l’Assicurato provvede personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero.

L’Assicuratore rimborsa all’Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto a termini di polizza e secondo quanto previsto al successivo punto 4).

3. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, l’Assicuratore rimborsa integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico dell’Assicurato a termini della presente polizza, secondo quanto previsto al successivo punto 4).

4. Spese precedenti e successive al ricovero

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

Per le spese di cui al punto 1, lett. b), punto 2) e punto 3) successive al ricovero, con o senza intervento chirurgico, o all’intervento chirurgico ambulatoriale, previste dalla presente polizza, l’Assicurato provvede personalmente al loro pagamento; l’Assicuratore rimborsa all’Assicurato, successivamente alla regolare denuncia di sinistro, le spese sostenute nei termini previsti nel paragrafo D.3.

Qualora l’Assicuratore non effettui direttamente il pagamento di quanto dovuto all’Assicurato, a termini della presente polizza, ma su presentazione delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, il pagamento viene effettuato a cura ultimata entro **20 (venti) giorni** lavorativi dal ricevimento della documentazione completa; si precisa che il predetto termine decorre solo dal momento della presentazione della documentazione completa e quindi l’eventuale ritardo nel rimborso dovuto dalla presentazione di documentazione incompleta da parte dell’Assicurato non comporta l’applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - *Penali*.

Il predetto rimborso è effettuato su indicazione dell’Assicurato:

- a) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dall’Assicurato al momento della liquidazione o dall’Amministrazione all’atto della trasmissione dei dati anagrafici del nucleo stesso ai fini dell’inclusione in copertura;
- b) o tramite assegno circolare intestato al titolare del nucleo familiare.

A rimborso effettuato, l’Assicuratore invia una quietanza all’Assicurato dell’avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora l’Assicurato abbia presentato a terzi delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l’Assicuratore effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente atto al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D.9 - *Rinuncia della società al diritto di surrogazione*. Nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo, l’ammontare complessivo degli indennizzi per l’insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

D.9 - RINUNCIA DELLA SOCIETÀ AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

L’Assicuratore dichiara di rinunciare, a favore dell’Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che possa competere ai sensi dell’articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili, di conseguenza l’Assicuratore provvederà al rimborso integrale di quanto contrattualmente previsto.

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI

È data facoltà agli Assicurati di includere in garanzia i figli non fiscalmente a carico purché conviventi. Il premio annuo, comprensivo di imposta per ogni figlio di cui sopra, si intende stabilito pari ad un premio lordo di **€ 800,00 (euro ottocento/00)** per annualità assicurativa.

La garanzia si intende operante a far data dalla comunicazione dell’Amministrazione di tutti i dati anagrafici del soggetto da includere in copertura e comunque contestualmente al nucleo familiare di appartenenza.

E.2 - ESTENSIONE AI “PARENTI ED AFFINI ENTRO IL II GRADO” DEI SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALLA COPERTURA ASSICURATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO

Previa comunicazione da parte dell’Amministrazione contraente, è prevista l’estensione, mediante appositi contratti di assicurazione:

- ai “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto alla copertura assicurativa (cfr. paragrafo D.2, lett. a) e b));
- al Personale assicurato che cessa dal servizio presso la Corte costituzionale, con rientro presso l’Amministrazione di provenienza.

Per tali polizze, l’Assicuratore si impegna a garantire almeno le coperture indicate nel paragrafo D.1 - *Oggetto dell’Assicurazione*, punti A) e B), con i premi lordi annui indicati nella seguente tabella:

Numero assicurati	Età assicurati	Premio in euro
1	minore 55 anni	1.990,00
	maggiore 55 anni	2.590,00
2	tutti sotto 55 anni	3.156,00
	uno sopra 55 anni	3.754,00
	due sopra 55 anni	4.351,00
3	tutti minori 55 anni	3.795,00
	uno sopra 55 anni	4.393,00
	due sopra 55 anni	4.990,00
	tutti sopra 55 anni	5.588,00
4	tutti minori 55 anni	4.417,00
	uno sopra 55 anni	5.015,00
	due sopra 55 anni	5.613,00
	tre sopra 55 anni	6.211,00
	tutti sopra 55 anni	6.808,00
5	tutti minori 55 anni	5.214,00
	uno sopra 55 anni	5.812,00
	due sopra 55 anni	6.410,00
	tre sopra 55 anni	7.007,00
	quattro sopra 55 anni	7.605,00
	tutti sopra 55 anni	8.203,00

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

SEZIONE F - SERVIZI COLLEGATI E ACCESSORI ALL’ASSISTENZA ASSICURATIVA

I servizi descritti nella presente sezione sono collegati ed accessori alla fornitura delle coperture assicurative e quindi sono prestati dall’Assicuratore unitamente all’Assicurazione medesima.

Resta inteso che il corrispettivo di tali servizi è compreso nel premio delle coperture assicurative.

F.1 - REPORTISTICA DEI SINISTRI

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i **15 (quindici) giorni** effettivi successivi al termine del semestre, l’Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali, si impegna a fornire all’Amministrazione contraente l’evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza della polizza. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel (.xlsx) o access (.mdb) tramite files modificabili (in modalità non di sola lettura) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- ✓ codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare;
- ✓ numero di sinistro attribuito dall’Assicuratore;
- ✓ data di accadimento dell’evento;
- ✓ data della denuncia;
- ✓ tipologia evento specificando se si tratta di “infortunio” o “malattia”;
- ✓ tipologia di garanzia distinta in:
 - rimborso spese di ricovero-spese pre/post ricovero-indennità sostitutiva;
 - rimborso per spese ed accertamenti di alta diagnostica;
 - rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici;
- ✓ tipologia di rimborso, se rimborso diretto o indiretto;
- ✓ indicazione di età e sesso dell’assicurato;
- ✓ indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € _____;
 - d) sinistro n. _____ pagato su riserva anno _____:
 - con liquidazione pari a € _____;
 - importo della precedente riserva € _____;
 - importo della differenza liquidazione/riserva: +/- € _____.

Inoltre, l’Assicuratore si impegna a fornire semestralmente l’elenco completo dei sinistri respinti, corredato da relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all’esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

Resta inteso che tutti i dati relativi ai sinistri, richiesti nel presente paragrafo, dovranno essere trasmessi ufficialmente dall’Assicuratore sia su supporto ottico/magnetico sia in formato cartaceo.

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L’AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO

L’Assicuratore deve garantire, per la durata del Contratto di Assicurazione, la presenza di un proprio referente tecnico, con idonea qualifica, presso gli uffici comunicati dalla Corte costituzionale, per un numero complessivo di almeno **4 (quattro) ore/settimana**, in orario antimeridiano e da svolgersi in un’unica giornata, con il compito di fornire agli Assicurati:

- supporto nell’istruzione delle pratiche di rimborso e supporto nella procedura di autorizzazione, con capacità di apertura delle stesse presso la sede dell’Amministrazione;
- informazioni sulla garanzia assicurativa necessarie e funzionali all’erogazione del servizio, riferite, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
 - alle condizioni di assicurazione,
 - alle estensioni e le coperture oggetto di garanzia,
 - alle modalità di apertura delle pratiche,
 - allo stato di lavorazione dei sinistri,
 - ai tempi di rimborso.

L’Assicuratore si impegna a mettere, inoltre, a disposizione dell’Amministrazione e degli Assicurati, per tutta la durata del Contratto di Assicurazione, un apposito numero telefonico ed un indirizzo di posta elettronica gratuiti dedicati al servizio, che funzionino da centro di ricezione e gestione delle chiamate relative alle richieste di informazioni. L’orario di ricezione delle richieste sarà per tutti i giorni dell’anno (con opzione per i giorni di sabato, domenica e festivi) dalle ore 9:00 alle ore 17:30. I recapiti sopra indicati devono essere resi noti da parte dell’Assicuratore all’atto della stipula del Contratto di Assicurazione.

L’Assicuratore si obbliga a produrre entro **15 (quindici) giorni** effettivi dalla data di stipula del Contratto un documento illustrativo sintetico delle modalità di utilizzo delle coperture assicurative conformi alle condizioni previste al presente Capitolato Tecnico. Tale documento deve essere approvato dall’Amministrazione e dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni di assicurazione, specificando massimali e limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando, eventualmente modulo predisposto per la richiesta di rimborso);
- indicazione del numero telefonico e dell’indirizzo e-mail dedicati al servizio senza costo per l’Assicurato;
- contatto di posta elettronica del referente tecnico;
- e ogni altra indicazione volta ad informare gli assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Dalla data di attivazione del Contratto di Assicurazione, l’Assicuratore mette a disposizione dell’Amministrazione un Responsabile del Servizio, precedentemente identificato e nominato, del quale avrà reso noti i recapiti telefonici, l’indirizzo di posta elettronica, nonché gli orari di servizio.

I compiti del Responsabile del Servizio consistono:

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- nella supervisione e nel coordinamento delle attività dell’Assicuratore a partire dal momento di sottoscrizione del Contratto fino alla gestione degli eventuali reclami da parte dell’Amministrazione;
- nel monitoraggio dell’andamento del livello di Servizio nell’arco del periodo di validità del Contratto;
- nel compimento delle azioni necessarie per garantire il rispetto delle prestazioni richieste.

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

ALLEGATO

ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell’area interessata.
CORONAROPATIA Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di bypass o che richieda tecniche non chirurgiche, quali l’insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.
ICTUS CEREBRALE Accidenti cerebro-vascolari aventi (colpo apoplettico) ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.
MALATTIA ONCOLOGICA Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest’ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

ELENCO 2 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO ✓ Gozzo retrosternale con mediastinotomia
ESOFAGO ✓ Interventi con esofagoplastica ✓ Gastroectomia totale ✓ Gastroectomia allargata ✓ Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria ✓ Intervento per fistola gastro-digiunocolica ✓ Mega-esofago e esofagite da reflusso ✓ Cardioplastica
INTESTINO ✓ Colectomia totale
RETTO – ANO ✓ Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale ✓ Atresia dell’ano con fistola retto uretrale o retto vulvare ✓ Operazione per megacolon ✓ Proctocolectomia totale
FEGATO ✓ Derivazioni biliodigestive ✓ Interventi sulla papilla di Water ✓ Reinterventi sulle vie biliari ✓ Interventi chirurgici per ipertensione portale
PANCREAS – MILZA ✓ Interventi per pancreatite acuta ✓ Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche ✓ Interventi per pancreatite cronica ✓ Interventi per neoplasie pancreatiche
INTERVENTI SUL POLMONE

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- ✓ Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- ✓ Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi;
- ✓ Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale;
- ✓ Correzione impianto anomalo coronarie;
- ✓ Correzione “Ostium primum” con insufficienza mitralica;
- ✓ Correzione canale atrioventricolare completo;
- ✓ Finestra aorto-polmonare;
- ✓ Correzione di:
 - ventricolo unico;
 - ventricolo destro a doppia uscita;
 - truncus arteriosus;
 - coartazione aortiche di tipo fetale;
 - coartazione aortiche multiple o molto estese;
 - stenosi aortiche infundibulari;
 - stenosi aortiche sopravalvolari;
 - trilogia di Fallot;
 - tetralogia di Fallot;
 - atresia della tricuspide;
 - pervietà interventricolare ipertesa;
 - pervietà interventricolare con “debanding”;
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica;
- ✓ Sostituzioni valvolari multiple;
- ✓ By-pass aortocoronarici multipli;
- ✓ Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico;
- ✓ Aneurismi aorta toracica;
- ✓ Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio;
- ✓ Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto;
- ✓ Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;
- ✓ Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici;
- ✓ Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- ✓ Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- ✓ Asportazione tumori dell’orbita
- ✓ Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)
- ✓ Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- ✓ Emisferectomia
- ✓ Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divis per via anteriore
- ✓ Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- ✓ Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- ✓ Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari
- ✓ Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.)
- ✓ Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica Somatotomia vertebrale
- ✓ interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

CHIRURGIA VASCOLARE

- ✓ Operazioni sull’aorta toracica e sull’aorta addominale

PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA A FAVORE DEI GIUDICI COSTITUZIONALI, IN CARICA ED EMERITI, DEL PERSONALE IN ATTIVITÀ PRESSO LA CORTE COSTITUZIONALE, DEI PENSIONATI DELLA CORTE COSTITUZIONALE E DEI RELATIVI NUCLEI FAMILIARI

- ✓ Trattamento chirurgico dell’ipertensione portale

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- ✓ Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- ✓ Resezioni del sacro
- ✓ Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari
- ✓ Disarticolazione interscapolo toracica
- ✓ Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec.
- ✓ Tikhor-Limberg con salvataggio dell’arto
- ✓ Resezioni artrodiafisarie dell’omero prossimale e sostituzione con protesi modulari “custom-made”
- ✓ Emipelvectomy
- ✓ Emipelvectomy “interne” sec. Enneking con salvataggio dell’arto
- ✓ Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d’anca
- ✓ Vertebrotonomia
- ✓ Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- ✓ Uncoforaminotomia
- ✓ Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- ✓ Artrodesi per via anteriore
- ✓ Interventi per via posteriore con impianti
- ✓ Interventi per via anteriore senza impianti
- ✓ Interventi per via anteriore con impianti

UROLOGIA

- ✓ ESWL (litotissia extracorporea con onde d’urto)
- ✓ Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- ✓ Ileo bladder
- ✓ Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- ✓ Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- ✓ Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- ✓ Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- ✓ Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- ✓ Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

GINECOLOGIA

- ✓ Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- ✓ Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- ✓ Intervento radicale per carcinoma ovarico

TRAPIANTI DI ORGANI

- ✓ Tutti