Corte Costituzionale
Segreteria Generale
Servizio Provveditorato

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

CIG B7A8699AA9

RISPOSTE AI QUESITI PERVENUTI

1) Con riferimento all'Allegato 1 Statistiche sui sinistri, ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente di ricevere il tracciato aggiornato al 01/08/2025, o comunque ad una data più recente rispetto al secondo semestre del 2024, contenete le medesime informazioni per le annualità assicurative 2022, 2023, 2024 e 2025.

RISPOSTA: A tale richiesta è stato fornito un riscontro con l'invio di un comunicato sulla Piattaforma e con la condivisione di un file Excel contenente le statistiche aggiornate al 31/07/2025, anche nella sezione "Bandi e gare" del sito della Corte costituzionale.

2) Con riferimento all'art. 4. OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI del Disciplinare di gara, si chiede cortese conferma che l'importo pari a 6.000.000,00, indicato a pagina 10, sia:

- l'importo posto a base d'asta su 36 mesi;

RISPOSTA: Si conferma.

- riferito ai soli assicurati il cui premio è a carico dell'Ente, sono esclusi dal calcolo di questo importo, dunque, i premi pagati per l'estensione ai figli non fiscalmente a carico, purché conviventi, a parenti ed affini entro il II grado e al personale cessato dal servizio presso la Corte;

RISPOSTA: Non si conferma. Si chiarisce che sono esclusi dal calcolo della base d'asta i premi pagati per l'estensione ai figli non fiscalmente a carico, purché conviventi, e quelli per parenti ed affini entro il II grado.

- comprensivo di imposte.

RISPOSTA: Si conferma.

Si chiede inoltre come tale importo debba essere suddiviso tra le categorie "Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)", "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni", "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni".

RISPOSTA: È consentita all'operatore economico di ripartire l'importo fra le tre categorie, nel rispetto del complessivo importo a base d'asta e del numero di nuclei familiari.

3) Con riferimento al Capitolato, si chiede cortese conferma che l'indicazione: "*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*", all'art. E.1 - ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI, sia un refuso, in quanto il premio per ogni figlio non fiscalmente a carico, purché convivente, debba essere indicato dalla Compagnia all'interno dell'Offerta Economica.

RISPOSTA: L'indicazione dell'importo di 800 euro, inclusa nel Capitolato, rappresenta il valore del premio contenuto nel contratto attualmente vigente. La Compagnia potrà indicare un valore anche differente all'interno dell'Offerta Economica, ferma restando la riserva da parte dell'Amministrazione in merito alla congruità dell'offerta.

4) Si chiede cortese conferma che in caso di aggiudicazione, l'Aggiudicatario non dovrà rendere disponibile una Cassa di Assistenza Sanitaria.

RISPOSTA: Si conferma.

5) Con riferimento alla proroga tecnica, si chiede come i premi e i massimali debbano intendersi riproporzionati in funzione della durata della proroga.

RISPOSTA: Si chiarisce che il premio corrisposto dall'Amministrazione sarà parametrato per quota-parte mensile rispetto al valore annuale del medesimo. La durata della proroga tecnica, invece, non incide sulla quota dei massimali, che rimangono invariati.

6) Si chiede cortese conferma che non sia prevista la presenza di un Broker. In caso contrario, si chiede cortesemente di indicare l'eventuale aliquota provvigionale a carico della Compagnia aggiudicataria.

RISPOSTA: Si conferma.

7) Con riferimento al Capitolato, ultimo comma del punto A) Rimborso delle spese ospedaliere, dell'art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI ASSICURATIVI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, si legge: "Diversamente, le prestazioni eseguite in regime di intramoenia presso una struttura del Servizio

Sanitario Nazionale, in un Centro convenzionato o in un centro non convenzionato, sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 10% (dieci per cento) a carico dell'Assicurato, con il minimo di € 300,00 (euro trecento/00), senza limite massimo". Si chiede conferma che lo scoperto 10% con il minimo di € 300 debba intendersi applicato per evento, e per tutte le prestazioni normate nel suddetto punto A) Rimborso delle spese ospedaliere, in caso di utilizzo sia di centro convenzionato, sia di centro non convenzionato, sia del regime intramoenia presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale.

RISPOSTA: Si conferma.

8) Con riferimento al medesimo, ultimo comma della lett. A) Rimborso delle spese ospedaliere, dell'art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, si chiede conferma che per "senza limite massimo" si fa riferimento al massimo importo che può rimanere a carico dell'Assicurato ("massimo non indennizzabile").

RISPOSTA: Si conferma

9) Con riferimento al Capitolato, si chiede cortese conferma che i limiti di scoperto e minimo non indennizzabile previsti per le prestazioni ricomprese al punto B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica" dell'art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE siano da applicare per prestazione/accertamento.

RISPOSTA: Si conferma

10) Con riferimento all'art. D.8.2 del Capitolato, Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico, punto 1 lett. B, punti 2, 3 e 4, si chiede conferma che in caso di richiesta rimborso spese la documentazione da produrre sia la seguente:

- in caso di ricovero e day hospital: copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale.

RISPOSTA: Si conferma.

11) In relazione al Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, lett. B) Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica e C) Rimborso spese per visite specialistiche ed ulteriori accertamenti diagnostici, si chiede gentilmente conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessaria la prescrizione del medico curante indicante la patologia o il quesito diagnostico, sia per prestazioni eseguite in assistenza diretta presso centri convenzionati che per la liquidazione in forma rimborsuale.

RISPOSTA: Si chiarisce che ai fini dell'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione di un medico, sia esso curante o specialista, con quesito diagnostico indicante il sospetto patologico o la patologia.

12) In relazione al Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, lett. D) Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio, si chiede cortese conferma che per l'attivazione della garanzia, presso centri sia convenzionati che non, sia necessaria la seguente documentazione:

- il certificato di Pronto Soccorso che attesti l'infortunio;
- la prescrizione del medico "di base" o di specialista (la cui specializzazione sia inerente alla patologia/al trauma denunciato).

RISPOSTA: Non si conferma. Il certificato di pronto soccorso attestante l'infortunio può essere sostituito da autocertificazione, in assenza di accesso a un pronto soccorso.
Si conferma invece la necessità della prescrizione del medico di base o di specialista.

13) Con riferimento alla medesima lett. D) Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio dell'art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE del Capitolato, si chiede conferma che:

- i trattamenti siano in copertura se effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa;
- non rientrino in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

RISPOSTA: Si conferma in relazione al primo punto. Con riferimento al secondo punto, non si conferma: la garanzia è valida se prestata da personale medico/paramedico abilitato indipendentemente dalla struttura presso la quale viene effettuata la prestazione.

14) In riferimento al Criterio di valutazione dell'Offerta Tecnica n° 8 del Disciplinare di gara (Sez. D par. D1 punto D), relativo alle spese per Trattamenti Fisioterapici a seguito di infortunio, si chiede conferma che il riferimento ad un "*Massimale per ciclo di cura*" sia un refuso, e che il limite massimo sia da applicare "per anno assicurativo e nucleo familiare" come normato nella corrispondente garanzia del Capitolato (lett. D) Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio dell'art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE del Capitolato).

RISPOSTA: Si conferma.

15) In relazione alla lett. E) Rimborso spese per acquisto "lenti ed occhiali" dell'art. D.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE del Capitolato, si chiede conferma che la modifica del visus – o la prima prescrizione lenti – debba essere certificata dal medico oculista o dall'ottico optometrista.

RISPOSTA: Si conferma.

16) Nel Capitolato, alla lett. A) Rimborso spese ospedaliere dell'art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, è scritto: "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". Si chiede conferma che il riferimento al "triennio di aggiudicazione" sia un refuso, e che le spese previste per l'accompagnatore siano rimborsate fino ad un massimo giornaliero di euro 120 e per massimo 50 giorni per anno assicurativo e nucleo familiare. In caso di risposta negativa, si chiede all'Ente di indicare come sia da intendere tale applicazione del limite.

RISPOSTA: Si conferma

17) Con riferimento al punto 3. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale della lettera D.8.2 - Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico, si chiede cortese conferma che con riferimento al "*caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale*" l'Assicuratore rimborserà le eventuali spese effettivamente sostenute durante il ricovero e rimaste a carico dell'Assicurato per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari.

RISPOSTA: Si conferma, l'Assicuratore è tenuto al rimborso delle spese sostenute durante il ricovero, rimaste a carico dell'Assicurato, comprese quelle relative al trattamento alberghiero e/o per il ticket sanitario.

18) In riferimento alle prestazioni coperte in caso di malattia oncologica – Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, lett. A) Rimborso spese ospedaliere – ai fini della corretta applicazione della garanzia e per evitare contenziosi, si chiede cortesemente conferma che:

- relativamente alla lettera "a) le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che accertino la malattia oncologica, anche se non seguiti da ricovero", le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, che confermino la presenza della malattia oncologica, debbano essere effettuate e fatturate entro i limiti temporali della durata del contratto con la nuova Compagnia aggiudicataria della presente Procedura.

RISPOSTA: Si conferma. La voce oggetto di quesito comprende nella garanzia le spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, che accertino/confermino la presenza della malattia oncologica, sostenute dall'Assicurato (effettuate e/o fatturate dalla struttura/professionista erogante la prestazione) nell'ambito del periodo di efficacia contrattuale come disciplinato dal paragrafo D.3 del Capitolato tecnico. Ad ogni modo, come previsto nel medesimo, l'Assicuratore si impegna a garantire le coperture riferite ad eventi che, per la loro specifica temporalità, trovano termine o si esauriscono oltre la scadenza contrattuale (cfr. paragrafo D.3 del Capitolato tecnico).

- relativamente alla lettera "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", siano in copertura solo le spese per visite specialistiche e terapie, rese necessarie dalla malattia oncologica, effettuate e fatturate entro i limiti temporali della durata del contratto con la nuova Compagnia aggiudicataria della presente Procedura, entro due anni dalla data di cessazione del 1° ricovero, indipendentemente dal fatto che la data di quest'ultimo sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale.

RISPOSTA: Si conferma. La voce oggetto di quesito comprende nella garanzia le spese per visite specialistiche e terapie, rese necessarie dalla malattia oncologica, sostenute dall'Assicurato (effettuate e/o fatturate dalla struttura/professionista erogante) nei 2 (due)

anni successivi alla data di cessazione del 1° (primo) ricovero, indipendentemente dal fatto che la data di quest'ultimo sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale.

- relativamente alla lettera "c) in presenza di ricovero, le spese per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 60 (sessanta) giorni successivi alla data di dimissione" siano in copertura solo le spese di assistenza infermieristica professionale effettuate e fatturate entro i limiti temporali della durata del contratto con la nuova Compagnia aggiudicataria della presente Procedura, entro i 60 giorni successivi alla data di dimissione, indipendentemente dal fatto che quest'ultima sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale.

RISPOSTA: Si conferma. La voce oggetto di quesito comprende nella garanzia le spese per l'assistenza infermieristica sostenute dall'Assicurato (effettuate e/o fatturate dalla struttura/professionista erogante) entro i 60 giorni successivi alla data di dimissione, indipendentemente dal fatto che quest'ultima sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale.

19) In riferimento alle prestazioni coperte in caso di malattia oncologica – Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, lett. A) Rimborso spese ospedaliere – ai fini della corretta applicazione della garanzia e per evitare contenziosi, si chiede cortese conferma che qualora l'evento che attiva la garanzia – diagnosi della malattia oncologica per la lettera a), ricovero per le lettere b) e c) – avvenga al di fuori del periodo di vigenza del contratto con la nuova Compagnia aggiudicataria della presente Procedura, l'Assicurato debba presentare, ai fini della liquidazione, la relativa documentazione medica attestante – rispettivamente certificazione medica con data di prima diagnosi di malattia oncologica e lettera di dimissioni e/o scheda di dimissione ospedaliera.

RISPOSTA: Si conferma.

20) All'art. D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI del Capitolato è scritto: "Qualora il ricovero e/o un evento che comporti la validità della garanzia assicurativa, non si siano a 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.". Si chiede all'Ente cortese conferma tali "eventi" – oltre al ricovero – siano i seguenti:

- Day Hospital, per le spese "post"
- Intervento Chirurgico Ambulatoriale, per le spese "post"

Nel caso tale interpretazione non sia corretta e/o esaustiva, si chiede gentilmente di indicare a quali eventi/garanzie specifiche si applichi tale previsione.

RISPOSTA: Si chiarisce che la voce oggetto di quesito fa riferimento ad ogni tipologia di ricovero/evento compresi nelle garanzie del Capitolato che, nel rispettivo decorso, non si siano esauriti nella loro temporalità alla data di cessazione della garanzia assicurativa.

21) Alla sez. C - CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA del Capitolato, C.1 - DEFINIZIONI, nella definizione di "Intervento chirurgico" si legge quanto segue: "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 - Oggetto dell'Assicurazione, punto B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica"". Al fine della corretta valutazione dei sinistri e per evitare contenziosi, visto il riferimento alla garanzia di "alta diagnostica" – si chiede conferma della seguente interpretazione:

- la diagnostica endoscopica dell'apparato digerente ed urologico – inclusi eventuali biopsie e/o esami istopatologici, con applicazione di un unico limite di indennizzo in caso di prestazioni eseguite in centro non convenzionato – è liquidabile con i limiti e alle condizioni della garanzia B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica";
- le endoscopie operative sono erogabili alle condizioni e con i limiti previsti dalla garanzia "A) Rimborso delle spese ospedaliere".

RISPOSTA: Si conferma.

Roma, 4 settembre 2025

Il RUP

Cons. Giacomo Canale