



**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 biennale 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 B9ABDE8F9C**

**CAPITOLATO TECNICO**

***PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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***

<b>SEZIONE A - PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>SEZIONE B - QUANTITATIVI .....</b>	<b>4</b>
<b>SEZIONE C - CONDIZIONI GENERALI DI contratto.....</b>	<b>6</b>
C.1 - DEFINIZIONI .....	6
C.2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE .....	8
C.3 - INTERPRETAZIONE DELLE CLAUSOLE DEGLI ATTI DI GARA .....	8
C.4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICATARIO.....	8
C.5 - DURATA E DECORRENZA DEL CONTRATTO PER L’EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.....	9
C.6 - PENALI.....	9
C.7 - COASSICURAZIONE E DELEGA.....	10
C.8 - ELEMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO .....	10
C.9 - INCLUSIONE DEI NUCLEI BENEFICIARI DELL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO.....	14
C.10 - REVISIONE DEI PREZZI .....	15
C.11 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE – MEDIAZIONE.....	15
C.12 - SPESE ED ONERI FISCALI .....	16
C.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	16
C.14 - TRACCIABILITÀ FLUSSI FINANZIARI.....	16
<b>SEZIONE D - CONDIZIONI DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.....</b>	<b>18</b>
D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA .....	18
D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.....	22
D.3 - TERMINI DI ASPETTATIVA E DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI.....	23
D.4 - RETE DEI CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK.....	24
D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI.....	24
D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI .....	25
D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEGLI EVENTI .....	25
D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE E DI RIMBORSO.....	26
D.9 - RINUNCIA DELL’AGGIUDICATARIO AL DIRITTO DI SURROGAZIONE .....	28
<b>SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI Assistenza Sanitaria integrativa .....</b>	<b>29</b>
E.1 - ESTENSIONE DELL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI.....	29

***PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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 ALL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO .....	29
SEZIONE F - SERVIZI COLLEGATI E ACCESSORI ALL’ASSISTENZA sanitaria integrativa .....	30
F.1 - REPORTISTICA DEGLI EVENTI .....	30
F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO .....	31
ALLEGATO .....	33
ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE .....	33
ELENCO 2 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	33

## **SEZIONE A - PREMESSA**

Il presente Capitolato Tecnico disciplina lo standard degli aspetti tecnico-giuridici della fornitura del servizio 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 prestazione del servizio prevede, inoltre, la possibilità di estensione della garanzia a particolari categorie (figli non fiscalmente a carico, parenti ed affini entro il II grado dei beneficiari del servizio 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 per l’erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa in conformità alle condizioni di cui al presente Capitolato Tecnico e ne assume, nei confronti del medesimo, l’intero onere economico.

La durata del servizio oggetto d’appalto è di 24 (ventiquattro) mesi, rinnovabili per ulteriori 12 (dodici) mesi.

I dati anagrafici dei beneficiari del servizio sono forniti dalla Corte costituzionale secondo le modalità previste al paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa.*

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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 beneficiari del servizio, 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 BENEFICIARI DEL SERVIZIO AL 31/12/2024	N. DI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI INCLUSI NEI NUCLEI FAMILIARI BENEFICIARI DEL SERVIZIO 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
<b>TOTALE</b>	<b>455</b>	<b>49</b>

Si precisa che nella colonna “N. DI NUCLEI FAMILIARI DEI BENEFICIARI DEL SERVIZIO AL 31/12/2024” sono compresi anche i figli non fiscalmente a carico purché conviventi (di cui al paragrafo E.1 - *Estensione dell’assistenza sanitaria integrativa ai figli 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 dell’operatore economico concorrente. È comunque facoltà dell’Amministrazione contraente, nel caso in cui, prima del decorso del termine di durata del contratto per l’erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa, sia esaurito il quantitativo complessivo o i singoli quantitativi afferenti a ciascuna categoria, chiedere all’Aggiudicatario 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 servizio di assistenza sanitaria integrativa – indicati nel paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa*, lett. a) e b) –

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

nonché il Personale che cessa dal servizio presso l’Amministrazione, possono fruire dell’estensione dell’assistenza erogata mediante distinto contratto nei termini previsti nel paragrafo E.2 - *Estensione ai “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa e del Personale che cessa dal servizio*. L’Aggiudicatario si obbliga a offrire almeno le garanzie di assistenza sanitaria indicate nel paragrafo D.1 – *Oggetto del servizio di assistenza sanitaria integrativa*, 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 contratti aggiornati al **31/12/2024** per l’anno **2025**.

Assistenza relativa a “Parenti ed affini entro il II grado” dei soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa, ed al Personale 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 BIENNALE 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 CONTRATTO**

**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:

<b>Amministrazione contraente o anche solo Amministrazione</b>	La Corte costituzionale
<b>Beneficiario/i del servizio di assistenza sanitaria integrativa o anche Beneficiario dell’assistenza sanitaria o Beneficiario del servizio</b>	I soggetti il cui interesse è protetto dal servizio di assistenza sanitaria integrativa, come previsto dal paragrafo D.2 - <i>Soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa</i> .
<b>Aggiudicatario</b>	L’operatore economico aggiudicatario della procedura, ovvero il Raggruppamento Temporaneo di Imprese o le imprese in coassicurazione o il Consorzio.
<b>Parte o Parti</b>	La Corte costituzionale e l’Aggiudicatario.
<b>Contratto per l’erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa o Contratto di servizio o Contratto di assistenza sanitaria integrativa</b>	I documenti contrattuali che impegnano le Parti nell’esecuzione del servizio di assistenza sanitaria integrativa.
<b>Biennio contrattuale o periodo di efficacia contrattuale</b>	Il biennio che decorre dal 01.07.2026 e termina il 30.06.2028. In caso di proroga per ulteriori 12 (dodici) mesi, con “periodo di efficacia contrattuale” è da intendersi anche il periodo dal 01.07.2028 al 30.06.2029.
<b>Annualità contrattuale</b>	Il periodo di 12 (dodici) mesi, decorrente dal 01.07.2026 con termine il 30.06.2027 e/o decorrente dal 01.07.2027 con termine il 30.06.2028. In caso di attivazione della proroga per la terza annualità, è da intendersi come annualità contrattuale anche il periodo decorrente dal 01.07.2028 al 30.06.2029.
<b>Nucleo/i familiare/i dei beneficiari del servizio di assistenza sanitaria integrativa o anche solo Nucleo/familiare/i:</b>	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.
<b>Contributo</b>	Il corrispettivo dovuto dall’Amministrazione contraente all’Aggiudicatario a fronte dell’erogazione del servizio. Si precisa che, nel caso di aggiudicazione in favore di una Compagna di assicurazione, il contributo è da intendersi come premio pagato a fronte del rischio di verifica dell’evento dannoso (sinistro).
<b>Indennità o Rimborso</b>	La somma dovuta dall’Aggiudicatario in favore del Beneficiario del servizio in caso di evento dannoso.
<b>Evento</b>	Il verificarsi dell’evento dannoso patito dal Beneficiario del servizio o da un componente del proprio nucleo familiare per il quale è prestata l’assistenza sanitaria integrativa.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute, anche temporaneo, non dipendente da infortunio patito dal beneficiario del servizio.



**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

<b>Grave malattia</b>	Ogni malattia indicata nell’Elenco 1 – <i>Gravi malattie</i> .
<b>Infortunio</b>	<p>Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili al Beneficiario del servizio.</p> <p>Sono considerati infortuni a mero titolo ulteriormente esemplificativo e non esaustivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ l’asfissia non di origine morbosa;</li> <li>✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;</li> <li>✓ 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;</li> <li>✓ l’annegamento;</li> <li>✓ l’assideramento o il congelamento;</li> <li>✓ i colpi di sole o di calore o di freddo;</li> <li>✓ la folgorazione;</li> <li>✓ le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;</li> <li>✓ 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;</li> <li>✓ quelli subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi in deroga all’articolo 1900 del codice civile;</li> <li>✓ quelli conseguenti ad atti compiuti dal Beneficiario per dovere di solidarietà umana e per legittima difesa;</li> <li>✓ quelli causati da ubriachezza purché non alla guida di veicoli e/o natanti;</li> <li>✓ quelli derivanti da tumulti popolari, scioperi, sommosse, a condizione che il Beneficiario non vi abbia preso parte attiva.</li> </ul>
<b>Intervento chirurgico</b>	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 del Servizio di assistenza sanitaria integrativa</i> , punto B) <i>Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”</i> .
<b>Grande intervento chirurgico</b>	Ogni intervento chirurgico indicato nell’Elenco 2 – <i>Grandi interventi chirurgici</i>
<b>Ricovero</b>	La degenza, comportante pernottamento, in Istituto di cura autorizzato all’erogazione dell’assistenza ospedaliera.
<b>Day hospital</b>	La degenza esclusivamente diurna, documentata da cartella clinica, in Istituto di cura.



**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

<b>Istituto di cura</b>	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.
<b>Centro convenzionato</b>	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 servizio, direttamente dall’Aggiudicatario, come identificato al paragrafo D.4 - <i>Rete dei Centri convenzionati - Network</i> .
<b>Franchigia</b>	La somma, predeterminata in misura fissa, che, in caso di evento dannoso, dedotta dal rimborso, resta a carico del Beneficiario dell’assistenza sanitaria integrativa.
<b>Scoperto</b>	La somma, espressa in valore percentuale che, in caso di evento dannoso, dedotta dal rimborso, resta a carico del Beneficiario dell’assistenza sanitaria integrativa.

## **C.2 - VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE**

Si intendono valide ed efficaci solo le norme dattiloscritte.

La firma apposta dall’Amministrazione contraente e/o dal Beneficiario dell’assistenza sanitaria su moduli a stampa vale solo quale presa d’atto del contributo e/o della ripartizione del rischio tra le imprese di assicurazione partecipanti alla Coassicurazione (si veda paragrafo 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’Beneficiario del servizio.

## **C.4 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI TRA AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE E AGGIUDICATARIO.**

Le comunicazioni tra l’Amministrazione contraente e l’Aggiudicatario 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’Aggiudicatario nel domicilio legale indicato nel contratto per l’erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa. 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 PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA.**

Il servizio di assistenza sanitaria integrativa avrà efficacia di 24 (ventiquattro) mesi con decorrenza dalle ore 00:00 del 01.07.2026 alle ore 24:00 del 30.06.2028.

Ferma restando l'efficacia del vincolo contrattuale, ad ogni modo, l'Aggiudicatario si impegna a garantire l'erogazione del servizio riferito 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 assistenza sanitaria integrativa, al termine della soprariportata durata biennale, cessa senza obbligo di preavviso. Il contratto medesimo è rinnovabile per un'ulteriore annualità, con termine del servizio pertanto al 30.06.2029.

Ai sensi dell'articolo 120, comma 11, del Codice dei contratti pubblici, in casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura per il nuovo affidamento del servizio, l'Amministrazione può, per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura stessa, prorogare il contratto uscente. In tale ipotesi l'Aggiudicatario è tenuto all'esecuzione delle prestazioni contrattuali ai prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

### **C.6 - PENALI**

Per le fattispecie di indennizzo o rimborso in cui l'Aggiudicatario effettui il pagamento di quanto dovuto direttamente al Beneficiario del servizio, in caso di mancato rispetto del termine di liquidazione per n. 3 (tre) volte nel corso di un'annualità contrattuale, relativamente a singole pratiche di richieste di indennizzo o rimborso, l'Aggiudicatario è tenuto al pagamento all'Amministrazione contraente di un importo, a titolo di penale, pari all'1% (un per 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'Aggiudicatario 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 si riserva la facoltà di risolvere il contratto di assistenza sanitaria integrativa, ai sensi dell'articolo 1456 codice civile.

Fatte salve le ipotesi previste ai paragrafi precedenti, l'Aggiudicatario 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° (trentesimo) 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 dal Beneficiario del servizio 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 degli eventi*, l'Aggiudicatario 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.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

Nell’ipotesi di assenza del Referente dell’Aggiudicatario, 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’Aggiudicatario 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’Aggiudicatario 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**

Nel caso di aggiudicazione in favore di una Compagnia assicurativa, e qualora l’Aggiudicatario 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.

Pertanto, la firma apposta dall’impresa delegataria sul contratto di servizio 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 CONTRIBUTO**

Ai fini della determinazione dei contributi relativi alle coperture sanitarie previste dal presente Capitolato Tecnico, fermi restando il numero dei nuclei familiari 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 Beneficiari del servizio:**

**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
<b>0-30</b>	135	5	128	9	263
<b>31-40</b>	23	3	22	3	45

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

<b>41-50</b>	54	1	44	1	98
<b>51-60</b>	104	0	96	0	200
<b>61-75</b>	56	0	57	0	113
<b>Oltre 75</b>	3	0	3	0	6
<b>TOTALE</b>	<b>375</b>	<b>9</b>	<b>350</b>	<b>13</b>	<b>725</b>

(\*) 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”**

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

(\*) 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”**

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

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

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

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

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

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

**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”**

<b>Numerosità componenti nuclei familiari</b>	<b>N. dei nuclei familiari</b>
1 persona	14
2 persone	43
3 persone	25
4 persone	16
5 persone	1
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
<b>TOTALE</b>	<b>99</b>

**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”**

<b>Numerosità componenti nuclei familiari</b>	<b>Totale dei nuclei familiari</b>
1 persona	59
2 persone	47

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

3 persone	7
4 persone	2
5 persone	0
6 persone	0
7 persone	0
8 persone	0
<b>TOTALE</b>	<b>115</b>

I dati relativi agli eventi dannosi ed ai contributi 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 all’assistenza sanitaria integrativa – come indicati nel paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa*, lett. a) e b), nonché del Personale che cessa dal servizio presso la Corte costituzionale, con rientro presso Amministrazione di provenienza, che possono stipulare distinti contratti individuali, negli termini previsti dal paragrafo E.2 - *Estensione ai “parenti ed affini entro in II grado” dei soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa e del personale che cessa dal servizio*. Resta fermo che tali contratti riguardanti tali predette categorie non comportano nessun onere per l’Amministrazione e che il contributo è interamente a carico dello stipulante il contratto.

**Tab. C1 - Copertura “Parenti ed affini entro il II grado”** dei soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa, come previsti nel punto D.2 - *Soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa*, lett. a) e b), nonché il Personale che cessa dal servizio presso l’Amministrazione – Classificazione per numerosità componenti dei nuclei familiari

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

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

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

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
<b>TOTALE</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>38</b>

**C.9 - INCLUSIONE DEI NUCLEI BENEFICIARI DELL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL CONTRIBUTO**

Per il biennio contrattuale, l’Amministrazione comunica entro il 30 giugno di ogni anno l’elenco del personale, con relativo nucleo familiare, che avrà aderito alle coperture sanitarie previste nel presente Capitolato Tecnico. In caso di proroga per la terza annualità, la medesima comunicazione è effettuata entro il 30.06.2028.

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’annualità contrattuale:

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

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

Nel caso di esclusioni dalla copertura nel corso dell’anno 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 il periodo di efficacia contrattuale, l’Amministrazione è tenuta a versare entro il 31 luglio di ogni annualità contrattuale un contributo anticipato pari al 50% (cinquanta per cento) del contributo annuo previsto dal contratto di servizio; la rimanente parte del contributo annuale, dovuta secondo quanto stabilito nel presente Capitolato Tecnico e nel contratto di servizio, verrà saldata entro il 31 agosto della medesima annualità, sulla base del numero dei nuclei familiari effettivamente aderenti, compresi nell’elenco redatto a cura della Corte costituzionale, come specificato nel paragrafo D.2 - *Soggetti aventi diritto all’assistenza sanitaria integrativa*.



***PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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***

Ai fini del pagamento del contributo e del relativo conguaglio per le annualità contrattuali resta comunque inteso che:

1. nel caso di inclusioni:

- a) se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'annualità contrattuale (1° luglio – 31 dicembre), la stessa comporta la corresponsione dell'intero contributo annuo;
- b) se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'annualità contrattuale (1° gennaio – 30 giugno) è corrisposto il 60% (sessanta per cento) del contributo annuo;

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

Rimane comunque inteso che l'eventuale conguaglio delle inclusioni/esclusioni dei nuclei familiari beneficiari del servizio avverrà entro il 31 luglio dell'annualità successiva a quella di riferimento.

Qualora non venissero pagate le rate di contributo o i successivi conguagli, secondo quanto previsto al presente paragrafo, l'Aggiudicatario 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 per l'erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa 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 dei contratti pubblici. 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 esclusivamente una volta per annualità contrattuale.

#### **C.11 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE – MEDIAZIONE**

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'evento, 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 servizio, 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 del Beneficiario.

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.

***PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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***

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta 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 del Beneficiario dell'assistenza sanitaria integrativa.

#### **C.12 - SPESE ED ONERI FISCALI**

Sono a carico dell'Aggiudicatario 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 al contratto di servizio, trovano applicazione le disposizioni legislative in materia.

#### **C.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Il contratto per l'erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa è regolato:

- a) da quanto previsto nel presente Capitolato Tecnico nonché da quanto disciplinato nei suoi allegati;
- b) dalle disposizioni del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36, Codice dei contratti pubblici;
- 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 di servizio o dal Capitolato Tecnico.

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni di servizio 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'Aggiudicatario 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

***PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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***

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.

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 DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

### **D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

Il servizio di assistenza sanitaria integrativa richiesto è operante in caso di malattia e infortunio per le spese sostenute dal Beneficiario dell’assistenza per:

#### **A) Rimborso delle spese ospedaliere**

L’Aggiudicatario è tenuto a rimborsare le spese sostenute dal Beneficiario dell’assistenza sanitaria, fino alla concorrenza del massimale di **€ 350.000,00 (euro trecentocinquantamila/00)**<sup>1</sup>, raddoppiabile in caso di Grande Intervento Chirurgico o di Grave malattia, **per annualità contrattuale 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 quattrocento/00) pro-die**)<sup>2</sup>, 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 del Beneficiario dell’assistenza, 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 annualità contrattuale 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’Aggiudicatario 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 il Beneficiario 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 annualità contrattuale 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 annualità contrattuale e nucleo familiare**;

<sup>1</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>2</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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) in caso di parto non cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di **€ 3.600,00 (euro tremilaseicento/00) per annualità contrattuale e per nucleo familiare;**
- d) in caso di parto cesareo, le spese sostenute durante il ricovero entro il limite di **€ 8.000,00 (euro ottomila/00) annualità contrattuale 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 biennio di aggiudicazione e per non più di 50 (cinquanta) giorni per annualità contrattuale 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 trecentocinquantomila/00);**
- g) in caso di decesso all'estero, conseguente a uno degli eventi previsti dalla copertura sanitaria, le spese sostenute per il rimpatrio della salma, entro il limite di **€ 5.500,00 (euro cinquemilacinquecento/00) per annualità contrattuale e nucleo familiare.**

Oltre a quanto sopra, l'Aggiudicatario è tenuto a rimborsare in caso di malattia oncologica, entro il limite del massimale di **€ 10.000,00 (euro diecimila/00)<sup>3</sup>** 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.

Si precisa che le prestazioni eseguite in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale verranno prestate/rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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 del Beneficiario, con il minimo di **€ 1.000,00 (euro mille/00)<sup>4</sup>**, con il limite massimo di **€ 2.500 (euro duemilacinquecento/00).**

Si precisa che, in caso di pluralità di prestazioni riferite allo stesso evento, lo scoperto è applicato unitariamente.

#### **B) Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”**

L'Aggiudicatario è tenuto a rimborsare, fino alla concorrenza del massimale di **€ 4.000,00 (euro quattromila/00)<sup>5</sup>** per annualità contrattuale 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)

<sup>3</sup> O diverso importo contenuto nell'offerta economica dell'Aggiudicatario.

<sup>4</sup> O diverso importo contenuto nell'offerta economica dell'Aggiudicatario.

<sup>5</sup> O diverso importo contenuto nell'offerta economica dell'Aggiudicatario.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

- 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
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- ISTEROSALPINOGRAFIA
- 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 del Beneficiario dell’assistenza**; 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 del Beneficiario, con il minimo di **€ 80,00 (euro ottanta/00)**<sup>6</sup>.

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**

---

<sup>6</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.



**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

L’Aggiudicatario rimborsa, fino alla concorrenza del massimale di **€ 3.300,00 (euro tremilatrecento/00)**<sup>7</sup> per annualità contrattuale 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 del Beneficiario**; se effettuate in un Centro non convenzionato o presso un Centro convenzionato, ma non preventivamente autorizzate, verranno rimborsate per il **56%** (cinquantasei per cento)<sup>8</sup>.

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*:

- 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’Aggiudicatario 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)**<sup>9</sup> per annualità contrattuale e nucleo familiare, senza alcuno scoperto o franchigia nel caso di effettuazione in un Centro convenzionato e con applicazione di una franchigia di **€ 80,00 (euro ottanta/00)**<sup>10</sup> per ciclo di cura presso un Centro non convenzionato o Centro convenzionato senza previa autorizzazione. Ai fini della richiesta di rimborso è necessaria la presentazione di un referto di Pronto Soccorso o di un medico specialista attestante l’avvenuto infortunio in una specifica data. Nel caso di effettuazione delle prestazioni di cui al comma 1 in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, l’eventuale ticket è rimborsato al **100%** (cento per cento) senza applicazione di alcun scoperto o franchigia.

**E) Rimborso spese per acquisto lenti ed occhiali**

L’Aggiudicatario 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)**<sup>11</sup> per annualità contrattuale e per nucleo familiare.

**F) Prestazioni opzionali**

L’Aggiudicatario 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.

<sup>7</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>8</sup> O diverso valore percentuale contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>9</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>10</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>11</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.



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

La garanzia di una rendita per il caso di riconosciuta “non autosufficienza” del Beneficiario dell’assistenza sanitaria integrativa o di un componente del nucleo familiare, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura sanitaria, 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)**<sup>12</sup>, 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. La copertura è valida per ciascun componente del nucleo familiare, affetto dall’invalidità sotto specificata.

Per stato di non autosufficienza si intende: “si considera in stato di non autosufficienza il soggetto 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’Aggiudicatario 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 familiare beneficiario dell’assistenza sanitaria 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:

- 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 ALL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

L’assistenza sanitaria integrativa 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’assistenza sanitaria integrativa 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:

<sup>12</sup> O diverso importo contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

**PROCEDURA APERTA PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

- 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 sanitaria, 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 30 giugno di ciascuna annualità contrattuale, fermo restando quanto previsto al paragrafo C.9 - *Inclusione dei nuclei dei beneficiari dell'assistenza sanitaria integrativa, pagamento e regolazione del contributo* in merito alla comunicazione dei nuclei familiari effettivamente aderenti da effettuarsi entro il 31 agosto; ai fini della copertura sanitaria, l'elenco esaustivo rimarrà quello comunicato entro il 31 agosto. Resta inteso tra le Parti che per i nuclei comunicati nell'elenco entro il 31 agosto e non compresi nella comunicazione effettuata entro il 30 giugno la copertura avrà comunque efficacia con decorrenza dalle ore 00:00 del 1° luglio della relativa annualità contrattuale.

Gli aggiornamenti, concernenti ogni variazione dei nuclei familiari che dovesse verificarsi nel corso del periodo di efficacia contrattuale, saranno, ai fini della decorrenza della copertura sanitaria, 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 Amministrazione contraente e Aggiudicatario*.

Per le estensioni di cui al paragrafo E.2 - *Estensione ai "Parenti ed affini entro il II grado" dei soggetti aventi diritto all'assistenza sanitaria integrativa e del Personale che cessa dal servizio*, l'Aggiudicatario si impegna a stipulare, previa comunicazione dell'Amministrazione, distinti contratti individuali che garantiscano almeno le coperture indicate nel paragrafo D.1 - *Oggetto del servizio di assistenza sanitaria integrativa*, punti A) e B), con applicazione dei contributi e delle condizioni indicati nel medesimo paragrafo E.2. Resta fermo che tali contratti 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 per l'erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa*, gli effetti del contratto decorrono dalle ore 00:00 del **01.07.2026** alle ore 24:00 del **30.06.2028**, fatta salva la possibilità di rinnovo per la terza annualità come prevista dal medesimo paragrafo.

Per quanto concerne i componenti del nucleo familiare, il diritto alla copertura sanitaria 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 copertura sanitaria, non si siano esauriti nella loro temporalità alla data di cessazione della copertura medesima, l'Aggiudicatario è tenuto alla liquidazione di quanto dovuto, secondo le garanzie previste, al termine del ricovero e/o dell'evento, anche in caso di:

- disdetta o risoluzione del contratto di servizio;

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

- scadenza del contratto di servizio.

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

- alla presa in carico e lavorazione, entro **20 (venti) giorni lavorativi**<sup>13</sup>, delle richieste di ricovero;
- alla presa in carico e lavorazione, entro **10 (dieci) giorni lavorativi**<sup>14</sup>, 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 il Beneficiario dell’assistenza chiede il rimborso, nonché nel caso di rimborso delle spese anticipate dal Beneficiario medesimo per l’utilizzo di equipe non convenzionate.

#### **D.4 - RETE DEI CENTRI CONVENZIONATI - NETWORK**

L’Aggiudicatario deve fornire un servizio di accesso ad una rete di centri clinici convenzionati (Centri convenzionati - Network) nella quale i Beneficiari possono ricoverarsi o eseguire le prestazioni incluse nel paragrafo D.1 – *Oggetto del servizio di assistenza sanitaria integrativa*. Il servizio di accesso alla rete di centri clinici convenzionati, è valido per tutte le coperture previste nel presente Capitolato Tecnico e nel contratto per l’erogazione del servizio.

L’Aggiudicatario si impegna alla presa in carico e alla pre-autorizzazione delle prestazioni da effettuarsi nella rete entro **5 (cinque) giorni**<sup>15</sup> lavorativi dalla relativa richiesta.

Le spese per le prestazioni erogate al Beneficiario dell’assistenza nel caso di utilizzo di Centri convenzionati ed effettuate da medici convenzionati, vengono liquidate direttamente dall’Aggiudicatario alle strutture stesse, ad eccezione delle franchigie e delle spese non previste dal contratto di servizio 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’Aggiudicatario si impegna a mettere a disposizione l’intera rete dei Centri convenzionati senza alcuna eccezione di strutture.

#### **D.5 - ESTENSIONI TERRITORIALI**

Le coperture di assistenza sanitaria integrativa previste nel presente Capitolato Tecnico valgono 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 dal Beneficiario dell’assistenza, ricavato dalle quotazioni del competente organo.

<sup>13</sup> O diverso termine contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>14</sup> O diverso termine contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

<sup>15</sup> O diverso termine contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

#### **D.6 - LIMITI DELLE PRESTAZIONI**

Sono esclusi dalla copertura sanitaria:

- 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 servizio;
- 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 del servizio di assistenza sanitaria integrativa*, 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 del servizio di assistenza sanitaria integrativa*;
- 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 dal Beneficiario;
- 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 il Beneficiario risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero;
- 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 DEGLI EVENTI**

In caso di ricovero in un Centro convenzionato, l'Amministrazione contraente e/o il Beneficiario dell'assistenza prendono contatto direttamente con l'Istituto di cura o con la centrale operativa comunicata dall'Aggiudicatario.

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, il Beneficiario presenta una denuncia scritta all'Aggiudicatario entro **30 (trenta) giorni** dalla data di dimissione dall'Istituto di Cura.

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

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

Nelle ipotesi previste nei paragrafi precedenti, ai fini della gestione delle pratiche relative alla denuncia scritta di ricovero o evento da parte del Beneficiario, l’Aggiudicatario 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’Aggiudicatario;
- invio tramite posta elettronica.

Il Beneficiario dell’assistenza sanitaria integrativa è tenuto a sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall’Aggiudicatario, 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’Aggiudicatario, su presentazione da parte del Beneficiario dell’assistenza delle relative notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, effettua il pagamento entro i termini indicati nel paragrafo D.3. 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 del Beneficiario, non può comportare l’applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - *Penali*.

Il già menzionato rimborso dovrà avvenire su indicazione del Beneficiario:

- a) tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dal Beneficiario 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’Aggiudicatario invia una quietanza al Beneficiario dell’avvenuto rimborso dell’evento.

Qualora il Beneficiario abbia a terzi presentato notule distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l’Aggiudicatario 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 dell’Aggiudicatario al diritto di surrogazione*.

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

L’Aggiudicatario 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’Aggiudicatario provvede ad effettuare il pagamento diretto all’Istituto di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero a termini di servizio.
- 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’Aggiudicatario provvede ad effettuare il pagamento diretto all’Istituto medesimo di tutte le spese previste e sostenute durante il ricovero e rimborsa al Beneficiario dell’assistenza, successivamente alla regolare denuncia dell’evento, 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, il Beneficiario provvede personalmente al pagamento delle spese sostenute durante il ricovero.

L’Aggiudicatario rimborsa al Beneficiario, successivamente alla regolare denuncia dell’evento, le spese effettivamente sostenute durante il ricovero, nei limiti di quanto dovuto secondo i termini previsti dal presente Capitolato Tecnico o dal contratto di servizio 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’Aggiudicatario rimborsa integralmente le spese effettivamente sostenute e rimaste a carico del Beneficiario secondo quanto regolato dai termini di servizio e quanto previsto al successivo punto 4).

**4. Spese precedenti e successive al ricovero**

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 copertura sanitaria, il Beneficiario provvede personalmente al loro pagamento; l’Aggiudicatario rimborsa al Beneficiario, successivamente alla regolare denuncia dell’evento, le spese sostenute nei termini previsti nel paragrafo D.3.

Qualora l’Aggiudicatario non effettui direttamente il pagamento di quanto dovuto al Beneficiario, a termini del servizio, 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 del Beneficiario non comporta l’applicazione delle penali di cui al paragrafo C.6 - *Penali*.

Il predetto rimborso è effettuato su indicazione del Beneficiario:



***PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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) o tramite bonifico su conto corrente indicato dal titolare del nucleo familiare e comunicato dal Beneficiario 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’Aggiudicatario invia una quietanza al Beneficiario dell’avvenuto rimborso del sinistro.

Qualora il Beneficiario abbia presentato a terzi delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l’Aggiudicatario effettua il pagamento di quanto dovuto secondo i termini previsti dal presente Capitolato Tecnico o dal contratto di servizi al netto di quanto a carico dei predetti terzi, salvo quanto previsto dal paragrafo D.9 - *Rinuncia dell’Aggiudicatario al diritto di surrogazione*. Nel corso di una stessa annualità contrattuale, l’ammontare complessivo degli indennizzi per l’insieme delle prestazioni garantite non potrà superare il massimale annuo.

**D.9 - RINUNCIA DELL’AGGIUDICATARIO AL DIRITTO DI SURROGAZIONE**

L’Aggiudicatario dichiara di rinunciare, a favore del Beneficiario o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che possa competerle ai sensi dell’articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili, di conseguenza l’Aggiudicatario provvederà al rimborso integrale di quanto contrattualmente previsto (cfr. articolo 4, comma 6, Schemi di contratto).



## **SEZIONE E - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

### **E.1 - ESTENSIONE DELL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI**

È data facoltà al Beneficiario dell’assistenza sanitaria integrativa di includere nella copertura sanitaria i figli non fiscalmente a carico purché conviventi.

Il contributo annuo, comprensivo di imposta per ogni figlio di cui sopra, si intende stabilito pari ad un contributo lordo di **€ 800,00 (euro ottocento/00)** per annualità contrattuale.

La copertura 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 ALL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA E DEL PERSONALE CHE CESSA DAL SERVIZIO**

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

- ai “Parenti ed affini entro il II grado” dei Beneficiari dell’assistenza sanitaria integrativa (cfr. paragrafo D.2, lett. a) e b));
- al Personale che cessa dal servizio presso la Corte costituzionale, con rientro presso l’Amministrazione di provenienza.

Per tali contratti, l’Aggiudicatario si impegna a garantire almeno le coperture indicate nel paragrafo D.1 - *Oggetto del servizio di assistenza sanitaria integrativa*, punti A) e B), con i contributi lordi annui indicati nella seguente tabella:

<b>Numero parenti e affini</b>	<b>Età parenti e affini</b>	<b>Contributo in euro</b>
1	minore 55 anni	2.388
	maggiore 55 anni	3.108
2	tutti sotto 55 anni	3.787
	uno sopra 55 anni	4.504
	due sopra 55 anni	5.221
3	tutti minori 55 anni	4.554
	uno sopra 55 anni	5.271
	due sopra 55 anni	5.988
	tutti sopra 55 anni	6.705
4	tutti minori 55 anni	5.300
	uno sopra 55 anni	6.018
	due sopra 55 anni	6.735
	tre sopra 55 anni	7.453
	tutti sopra 55 anni	8.169
5	tutti minori 55 anni	6.256
	uno sopra 55 anni	6.974
	due sopra 55 anni	7.692

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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**

	tre sopra 55 anni	8.408
	quattro sopra 55 anni	9.126
	tutti sopra 55 anni	9.843

**SEZIONE F - SERVIZI COLLEGATI E ACCESSORI ALL’ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA**

I servizi descritti nella presente sezione sono collegati ed accessori all’erogazione delle coperture sanitarie e quindi sono prestati dall’Aggiudicatario unitamente al servizio medesimo.

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

**F.1 - REPORTISTICA DEGLI EVENTI**

Al termine di ogni semestre, e comunque entro i **15 (quindici) giorni** effettivi successivi al termine del semestre, l’Aggiudicatario, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali, si impegna a fornire all’Amministrazione contraente l’evidenza degli eventi denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. 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 evento:

- ✓ codice identificativo attribuito dalla Corte costituzionale a ciascun nucleo familiare;
- ✓ numero di eventi attribuito dall’Aggiudicatario;
- ✓ 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-spesa 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 del Beneficiario;
- ✓ indicazione dello stato dell’evento secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
  - a) evento agli atti, senza seguito;
  - b) evento liquidato, in data \_\_\_\_\_ con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;
  - c) evento aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € \_\_\_\_\_;
  - d) evento n. \_\_\_\_\_ pagato su riserva anno \_\_\_\_\_:
    - con liquidazione pari a € \_\_\_\_\_;
    - importo della precedente riserva € \_\_\_\_\_;
    - importo della differenza liquidazione/riserva: + / - € \_\_\_\_\_.

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

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

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

L’Aggiudicatario deve garantire, per la durata del contratto per l’erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa, 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<sup>16</sup>**, in orario antimeridiano e da svolgersi in un’unica giornata, con il compito di fornire ai Beneficiari:

- 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 copertura sanitaria necessarie e funzionali all’erogazione del servizio, riferite, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
  - alle condizioni di copertura,
  - alle estensioni e le coperture oggetto di garanzia,
  - alle modalità di apertura delle pratiche,
  - allo stato di lavorazione degli eventi,
  - ai tempi di rimborso.

L’Aggiudicatario si impegna a mettere, inoltre, a disposizione dell’Amministrazione e dei Beneficiari dell’assistenza, per tutta la durata del contratto, 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’Aggiudicatario all’atto della stipula del contratto.

L’Aggiudicatario 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 sanitarie conforme 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 contrattuali di copertura, 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 il Beneficiario;
- contatto di posta elettronica del Referente tecnico;
- e ogni altra indicazione volta ad informare i Beneficiari sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

## **F.3 - RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

Dalla data di attivazione del contratto per l’erogazione del servizio di assistenza sanitaria integrativa, l’Aggiudicatario 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.

<sup>16</sup> O diverso termine contenuto nell’offerta economica dell’Aggiudicatario.

***PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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***

I compiti del Responsabile del Servizio consistono:

- nella supervisione e nel coordinamento delle attività dell’Aggiudicatario 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.

**ALLEGATO**

**ELENCO 1 – GRAVI MALATTIE**

<b>INFARTO DEL MIOCARDIO</b> Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell’area interessata.
<b>CORONAROPATIA</b> 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.
<b>ICTUS CEREBRALE</b> 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.
<b>MALATTIA ONCOLOGICA</b> 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**

<b>COLLO</b> ✓ Gozzo retrosternale con mediastinotomia
<b>ESOFAGO</b> ✓ 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
<b>INTESTINO</b> ✓ Colectomia totale
<b>RETTO – ANO</b> ✓ Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale ✓ Atresia dell’ano con fistola retto uretrale o retto vulvare ✓ Operazione per megacolon ✓ Proctocolectomia totale
<b>FEGATO</b> ✓ Derivazioni biliodigestive ✓ Interventi sulla papilla di Water ✓ Reinterventi sulle vie biliari ✓ Interventi chirurgici per ipertensione portale
<b>PANCREAS – MILZA</b> ✓ Interventi per pancreatite acuta ✓ Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche ✓ Interventi per pancreatite cronica ✓ Interventi per neoplasie pancreatiche
<b>INTERVENTI SUL POLMONE</b>

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO BIENNALE 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 BIENNALE 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 artrodiastarie 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
- ✓ Vertebrotonia
- ✓ 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
- ✓ Cistoprostatovesicectomy con neovesica rettale
- ✓ Cistoprostatovesicectomy con ileo bladder
- ✓ Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- ✓ Cistoprostatovesicectomy con ureteroileoureteroanastomosi
- ✓ Riparazione vescica estrofica con neovesica 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