



Corte Costituzionale

Segreteria Generale

Servizio Provveditorato

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

CIG B9ABDE8F9C

RISPOSTE AI QUESITI PERVENUTI

Domanda n. 1: Si chiede di precisare se la proroga di 12 mesi dopo il primo biennio di contratto sia vincolante per la Compagnia aggiudicataria.

Risposta: Si precisa che la terza annualità è un rinnovo in senso tecnico e quindi non è vincolante per nessuna delle parti e richiede una effettiva negoziazione che può comportare la variazione delle condizioni e dei premi, salvo il rispetto massimo della base d’asta. In definitiva nel corso della seconda annualità, sulla base del rendimento registrato, le parti potranno negoziare la prosecuzione del contratto per una terza annualità, potendo modificare e/o confermare le pattuizioni contrattuali ed economiche. Non vi è nessun vincolo per la compagnia aggiudicataria.

Domanda n. 2: Con riferimento all’obbligo di riassicurazione per le Compagnie di Assicurazione di cui all’art. 23 del Disciplinare di gara, si segnala che la scrivente Compagnia dispone di trattati di riassicurazione a copertura del portafoglio malattie. Si chiede conferma che tale copertura riassicurativa sia sufficiente per il requisito richiesto.

Risposta: Si conferma che disporre di trattati di riassicurazione a copertura del portafoglio malattie sia sufficiente.

Domanda n. 3: Con riferimento all’Allegato 1 Statistiche sui sinistri, ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente di ricevere il tracciato aggiornato al 31/12/2025, per le annualità assicurative 2023, 2024 e 2025. Si richiede inoltre l’annualità 2024 aggiornata al 31/12/2024 e l’annualità 2023 aggiornata al 31/12/2023.

Risposta: In data 20/01/2026 il file delle statistiche aggiornato al 31/12/2025 è stato aggiunto ai documenti di gara.

Domanda n. 4: Si chiede di indicare i premi unitari per categoria a base d'asta. In caso non siano attribuiti, si chiede di precisare con quale criterio verranno definiti per ciascuna categoria (dipendenti attivi, giudici fino a 75 anni e giudici oltre 75 anni) a seguito di aggiudicazione.

Risposta: Si precisa che non vi è una base d'asta specifica. L'operatore economico potrà quindi formulare il prezzo unitario che ritiene più opportuno, considerando che il prezzo unitario dovrà essere moltiplicato per il numero dei nuclei familiari per ciascuna categoria e il totale non dovrà ovviamente essere superiore alla base d'asta. Quindi non sarà la stazione appaltante a definire i premi per ciascuna categoria ma dovrà essere l'operatore a precisarlo in sede di offerta economica.

Domanda n. 5: Con riferimento alla Domanda di partecipazione si chiede conferma che, in caso di partecipazione in RTI/Coassicurazione, ogni componente debba produrre la propria domanda di partecipazione singolarmente in considerazione della natura delle dichiarazioni contenute nella domanda che non possono essere sottoscritte a firma congiunta.

Risposta: Si ritiene sufficiente la presentazione di un'unica domanda di partecipazione, adattando ove ritenuto necessario il modello allegato, purché sia evidenziata la dichiarazione di partecipazione in RTI. Rimane salva la possibilità, ove ritenuto opportuno da parte dell'operatore, di presentare una domanda per ogni componente del RTI.

Domanda n. 6: Si chiede conferma che, in applicazione dell'Art. 1911 c.c., sia ammessa la partecipazione in coassicurazione e che pertanto i modelli predisposti dalla stazione appaltante siano adattabili a tale forma di partecipazione.

Risposta: La partecipazione in coassicurazione è certamente ammessa. I modelli sono pertanto adattabili a tale forma di partecipazione.

Domanda n. 7: Si chiede di precisare se, in caso di partecipazione in forma singola di una compagnia di assicurazioni oppure di più compagnie di assicurazione in forma associata, le prestazioni dovranno comunque essere rese attraverso un fondo sanitario, che presenta i requisiti di cui all'art. 51, c. 2, lett. a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, la cui disponibilità dovrà essere garantita per l'intera durata contrattuale. In caso affermativo, si chiede di fornire indicazione sulle modalità di dichiarazione del predetto Fondo in sede di offerta.

Risposta: Come riportato nel disciplinare di gara (art. 5), *“Alle compagnie assicurative che vorranno partecipare alla gara sono aperti due percorsi: possono partecipare direttamente e autonomamente, senza dover garantire il rispetto delle condizioni dettate all'art. 51, c. 2, lett. a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917; in alternativa, le compagnie assicurative possono partecipare come imprese ausiliarie o come mandanti nei confronti di un fondo sanitario, o in una delle forme associate di cui ai paragrafi 7.4 e 7.5.”*. Le compagnie assicurative possono pertanto partecipare senza avere alcun legame con un fondo sanitario (si perderanno, conseguentemente, i vantaggi fiscali previsti dall'art. 51, c.2, lett. a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917); in alternativa, le compagnie assicurative

possono partecipare come imprese ausiliarie o come mandanti nei confronti di un fondo sanitario, o in una delle forme associate di cui ai paragrafi 7.4 e 7.5. del disciplinare di gara.

Domanda n. 8: Con riferimento al Capitolato, si chiede cortese conferma che l'indicazione: *“Il contributo annuo, comprensivo di imposta per ogni figlio di cui sopra, si intende stabilito pari ad un premio lordo di € 800,00 (euro ottocento/00) per annualità contrattuale”*, all'art. E.1 - ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA AI FIGLI NON FISCALMENTE A CARICO PURCHÉ CONVIVENTI, sia un refuso, in quanto il premio per ogni figlio non fiscalmente a carico, purché convivente, debba essere indicato dalla Compagnia all'interno dell'Offerta Economica.

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

Domanda n. 9: Si chiede cortese conferma che in caso in cui l'Aggiudicatario sia una Compagnia, tale Aggiudicatario non dovrà rendere disponibile una Cassa di Assistenza Sanitaria.

Risposta: Si conferma. Le compagnie assicurative possono pertanto partecipare senza avere alcun legame con un fondo sanitario (si perderanno, conseguentemente, i vantaggi fiscali previsti dall'art. 51, c.2, lett. a) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917); in alternativa, le compagnie assicurative possono partecipare come imprese ausiliarie o come mandanti nei confronti di un fondo sanitario, o in una delle forme associate di cui ai paragrafi 7.4 e 7.5. del disciplinare di gara.

Domanda n. 10: Con riferimento alla proroga tecnica, si chiede come i premi e i massimali debbano intendersi riproporzionati in funzione della durata della proroga.

Risposta: Si chiarisce che il premio corrisposto dall'Amministrazione sarà parametrato per quota-parte mensile per la durata della proroga tecnica rispetto al valore annuale del medesimo. La durata della proroga tecnica, invece, non incide sulla quota dei massimali, che rimangono invariati nella totalità. Nell'ipotesi in cui la proroga seguisse la terza annualità contrattuale: i premi saranno parametrati (per quota-parte mensile per la durata della proroga medesima) in base a quelli rinegoziati; i massimali saranno i medesimi (nella totalità) di quelli rinegoziati.

Domanda n. 11: Si chiede cortese conferma che non sia prevista la presenza di un Broker. In caso contrario, si chiede cortesemente di indicare l'eventuale aliquota provvigionale a carico della Compagnia aggiudicataria.

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 12: Con riferimento al Capitolato, ultimo comma del punto A) *Rimborso delle spese ospedaliere*, dell'art. D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, si legge: *“Diversamente, le prestazioni eseguite in regime di*

intramoenia presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in un Centro convenzionato o in un centro non convenzionato, sono rimborsate con applicazione di uno scoperto del 10% (dieci per cento) a carico del Beneficiario, con il minimo di € 1.000,00 (euro mille/00), con il limite massimo di € 2.500 (euro duemilacinquecento/00)”.

Si chiede cortese conferma:

- che con “*minimo*” si intenda il minimo importo che rimane a carico dell’assicurato;
- che con “*massimo*” si intenda il massimo importo non indennizzabile;
- che lo scoperto 10% con il minimo di € 1.000 e il massimo di € 2.500 debba intendersi applicato per le prestazioni normate nel suddetto punto A) *Rimborso delle spese ospedaliere*, in caso di utilizzo sia di centro convenzionato, sia di centro non convenzionato, sia del regime intramoenia presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale.

Risposta: Con riferimento a quanto previsto per il rimborso delle spese ospedaliere (D.1, punto A), si chiarisce che per minimo e massimo si intendono, rispettivamente, la soglia minima e il tetto massimo dell’importo dello scoperto che resta a carico del Beneficiario.

A titolo esemplificativo:

- Per spese comprese tra € 1.000 e € 10.000, si applicherà il minimo di € 1.000 (in quanto il 10% di tali importi sarebbe inferiore o uguale alla soglia minima prestabilita).
- Per spese superiori a € 25.000, l’importo a carico del Beneficiario sarà comunque limitato al tetto massimo di € 2.500, indipendentemente dall’ammontare complessivo della prestazione.
- Resta inteso che, qualora l’importo totale della prestazione fosse inferiore al minimo di € 1.000, la spesa, quale che sia, rimarrà integralmente a carico del Beneficiario.

Con riferimento al quesito di cui al terzo punto elenco, si conferma che le percentuali di scoperto espresse debbano intendersi per le prestazioni normate nel suddetto punto A) *Rimborso delle spese ospedaliere*, in caso di utilizzo sia di centro convenzionato, sia di centro non convenzionato, sia del regime intramoenia presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale.

Domanda n. 13: Con riferimento al Capitolato, si chiede cortese conferma che i limiti di scoperto e minimo non indennizzabile previsti per le prestazioni ricomprese al punto B) *Rimborso spese per accertamenti di “alta diagnostica”* dell’art. D.1 - *OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA* siano da applicare per prestazione/accertamento.

Risposta: In relazione alle prestazioni di alta diagnostica (D.1, punto B), si conferma che lo scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 80,00 è da intendersi applicato per singola prestazione/accertamento, qualora effettuato in Centri non convenzionati ovvero in Centri convenzionati senza previa autorizzazione.

Domanda n. 14: In relazione alla lett. E) *Rimborso spese per acquisto lenti ed occhiali* dell’art. D.1 – *OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA*

INTEGRATIVA del Capitolato, si chiede conferma che la modifica del visus – o la prima prescrizione lenti – debba essere certificata dal medico oculista o dall'ottico optometrista.

Risposta: Si chiarisce che per l'accesso al rimborso oggetto di quesito, è necessaria la prescrizione o la modifica del visus effettuata da un medico specialista.

Domanda n. 15: Nel Capitolato, alla lett. A) *Rimborso spese ospedaliere* dell'art. D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, è scritto: “e) le spese sostenute per il pernottamento di un accompagnatore, fino ad un massimo di € 120,00 (euro centoventi/00) giornalieri con riferimento al biennio di aggiudicazione e per non più di 50 (cinquanta) giorni per annualità contrattuale e nucleo familiare”. Si chiede conferma che il riferimento al “biennio di aggiudicazione” sia un refuso, e che le spese previste per l'accompagnatore siano rimborsate fino ad un massimo giornaliero di euro 120 e per massimo 50 giorni per annualità contrattuale e nucleo familiare. In caso di risposta negativa, si chiede all'Ente di indicare come sia da intendere tale applicazione del limite.

Risposta: Si chiarisce che le spese previste per l'accompagnatore sono rimborsate fino ad un massimo giornaliero di euro 120 e per massimo 50 giorni per annualità contrattuale e nucleo familiare.

Domanda n. 16: Con riferimento al punto “3. Ricoveri in strutture del Servizio Sanitario Nazionale” dell'art. D.8.2 “Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico”, si chiede cortese conferma che con riferimento al “caso di ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale” l'Assicuratore rimborserà le eventuali spese effettivamente sostenute durante il ricovero e rimaste a carico dell'Assicurato per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari.

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

Domanda n. 17: In riferimento alle prestazioni coperte in caso di malattia oncologica – Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, lett. A) *Rimborso spese ospedaliere* – ai fini della corretta applicazione della garanzia e per evitare contenziosi, si chiede cortese conferma che qualora l'evento che attiva la garanzia – diagnosi della malattia oncologica per la lettera a), ricovero per le lettere b) e c) – avvenga al di fuori del periodo di vigenza del contratto con la nuova Compagnia aggiudicataria della presente Procedura, l'Assicurato debba presentare, ai fini della liquidazione, la relativa documentazione medica attestante: rispettivamente, certificazione medica con data di prima diagnosi di malattia oncologica e lettera di dimissioni e/o scheda di dimissione ospedaliera.

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 18: Alla sez. C - CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO del Capitolato, C.1 - DEFINIZIONI, nella definizione di “Intervento chirurgico” si legge quanto segue: “Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una

cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo, fermo rimanendo quanto previsto al paragrafo D.1 - Oggetto del Servizio di assistenza sanitaria integrativa, punto B) Rimborso spese per accertamenti di "alta diagnostica"'. Al fine della corretta valutazione dei sinistri e per evitare contenziosi, visto il riferimento alla garanzia di "alta diagnostica" – si chiede conferma della seguente interpretazione:

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

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 19: Ai fini di una corretta valutazione del rischio, si chiede cortesemente di fornire le Condizioni di Assicurazione vigenti in corso, comprensive delle garanzie assicurate e dei premi annui lordi previsti per ciascuna categoria di assicurato.

Risposta: In data 20/01/2026 un documento contenente le condizioni di assicurazione vigenti è stato aggiunto ai documenti di gara.

Domanda n. 20: Con riferimento all'art. D.8.2 del Capitolato, Modalità di pagamento e rimborso delle spese ospedaliere conseguenti a ricovero con o senza intervento chirurgico, punto 1 lett. B, punti 2, 3 e 4, si chiede conferma che in caso di richiesta rimborso spese la documentazione da produrre sia la seguente:

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

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 21: In relazione al Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, lett. B) Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica e C) Rimborso spese per visite specialistiche ed ulteriori accertamenti diagnostici, si chiede gentilmente conferma che per l'attivazione della garanzia sia necessaria la prescrizione di un medico – sia medico curante "di base" che specialista – indicante la patologia o il quesito diagnostico, sia per prestazioni eseguite in assistenza diretta presso centri convenzionati che per la liquidazione in forma rimborsuale.

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 22: Con riferimento alla lett. D) Rimborso spese per trattamenti fisioterapici, resi necessari a seguito di infortunio dell'art. D.1 – OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA del Capitolato, si chiede

conferma che i trattamenti siano in copertura se effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa. In caso di prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere (anche se con annesso centro medico), e fatturate da tali strutture, ai fini della liquidazione è necessaria documentazione da cui si evinca la figura che ha eseguito le terapie, e che ne certifichi l'abilitazione.

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 23: All'art. F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L'AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO del Capitolato si legge: "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, in orario antimeridiano e da svolgersi in un'unica giornata [...]". Si chiede gentile conferma alla Stazione Appaltante che, in via alternativa alla presenza presso gli uffici comunicati dall'Ente, si possa prevedere anche la possibilità di erogare tale servizio di Presidio Tecnico in via telematica/tramite piattaforma web.

Risposta: Non si conferma, nel senso che sarà possibile erogare il servizio anche in via telematica o tramite piattaforma web o App, ma dovrà comunque essere assicurato un Presidio in presenza, come indicato negli atti di gara.

Domanda n. 24: All'art. D.7 - OBBLIGHI RELATIVI ALLA DENUNCIA DEGLI EVENTI del Capitolato si legge: "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.". Si evidenzia che la modalità di consegna della documentazione al Referente incaricato dell'attività di Presidio potrebbe comportare un dilatarsi delle tempistiche di valutazione, oltre a non consentire alla Compagnia un corretto e preciso censimento della data di denuncia del sinistro/di apertura della pratica, condizioni che risultano invece soddisfatte dalla modalità di invio tramite posta raccomandata A/R, e dal caricamento della documentazione su apposito supporto informatico o piattaforma telematica (sito web/app) messi a disposizione dall'Aggiudicatario: si chiede pertanto gentile conferma alla S.A. che le modalità per la denuncia del sinistro/l'apertura della pratica possano ricondursi a queste ultime sopra citate.

Risposta: Non si conferma, nel senso che sarà possibile caricare la documentazione tramite piattaforma Web o App, ma sarà anche possibile consegnarla al personale di Presidio.

Domanda n. 25: All'art. F.2 - PRESIDIO TECNICO PRESSO L'AMMINISTRAZIONE E NUMERI DEDICATI AL SERVIZIO si legge: "Referente

tecnico, con idonea qualifica, [...] con il compito di fornire ai Beneficiari: [...] - informazioni sulla copertura sanitaria necessarie e funzionali all'erogazione del servizio, riferite, a titolo esemplificativo e non esaustivo: [...]". Premesso che non è possibile una valutazione delle pratiche durante l'attività di Presidio Tecnico, in quanto tale attività deve essere svolta dall'area Liquidativa, con eventuale supporto dell'area Medica e solo in presenza della documentazione completa, si chiede conferma alla S.A. che la medesima attività non sia ricompresa tra quelle non espressamente indicate, trattandosi di elenco di attività riportate "a titolo esemplificativo e non esaustivo".

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 26: All'art. D.2 - SOGGETTI AVENTI DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA si legge: "L'elenco dei nuclei familiari da includere nella copertura sanitaria, suddivisi per categorie, con il dettaglio per ciascun nucleo familiare, nonché: [...] è fornito dalla Corte costituzionale, mediante una delle modalità previste nel paragrafo C.4 o comunque su supporto informatico" e, all'ultimo paragrafo: "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.". Si chiede alla S.A.:

- a) Conferma che, come indicato, anche l'elenco delle anagrafiche della categoria "Parenti ed affini entro il II grado" e del "Personale che cessa dal servizio" venga fornito all'Aggiudicatario da parte della Corte Costituzionale;
- b) Conferma che le categorie "Parenti ed affini entro il II grado" e "Personale che cessa dal servizio" vengano incluse in due distinte polizze i cui relativi contributi, pur non essendo a carico dell'Amministrazione, verranno pagati all'Aggiudicatario dalla Corte Costituzionale, che effettuerà poi il recupero di tali importi tramite trattenuta in busta paga. In caso contrario, si chiede gentilmente di indicare il processo di adesione e pagamento.

Risposta: Si conferma che l'elenco delle anagrafiche della categoria "Parenti ed affini entro il II grado" e della categoria "Personale che cessa dal servizio" venga fornito all'Aggiudicatario da parte della Corte Costituzionale.

Si precisa che i contributi relative alle polizze citate saranno versati direttamente dai sottoscrittori delle stesse.

Domanda n. 27: Con riferimento all'art. D.8 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE E DI RIMBORSO, punto D.8.1, si chiede che il riferimento ad una "quietanza" dell'avvenuto rimborso dell'evento sia un refuso, e che si possa intendere come comunicazione via sito/portale web e app – costantemente aggiornati – dell'avvenuta liquidazione di un sinistro, nonché di notifica via e-mail con conferma di avvenuta valutazione della pratica di rimborso.

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 28: In riferimento alle prestazioni coperte in caso di malattia oncologica – Capitolato, art. D.1 - OGGETTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA, lett. A) Rimborso spese ospedaliere – ai fini della corretta applicazione della garanzia e per evitare contenziosi, si chiede cortesemente conferma che:

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

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

- relativamente alla lettera “b) *in presenza di ricovero, le spese per visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla malattia oncologica nei 2 (due) anni successivi alla data di cessazione del 1° (primo) ricovero relativo alla malattia stessa*”, siano in copertura solo le spese per visite specialistiche e terapie, rese necessarie dalla malattia oncologica, effettuate e fatturate entro i limiti temporali della durata del contratto con la nuova Compagnia aggiudicataria della presente Procedura, entro due anni dalla data di cessazione del 1° ricovero, indipendentemente dal fatto che la data di quest’ultimo sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale;

Risposta: Si conferma. La voce oggetto di quesito comprende nella garanzia le spese per visite specialistiche e terapie, rese necessarie dalla malattia oncologica, sostenute dall’Assicurato (effettuate e/o fatturate dalla struttura/professionista erogante) nei 2 (due) anni successivi alla data di cessazione del 1° (primo) ricovero, indipendentemente dal fatto che la data di quest’ultimo sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale.

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

Risposta: Si conferma. La voce oggetto di quesito comprende nella garanzia le spese per l’assistenza infermieristica sostenute dall’Assicurato (effettuate e/o fatturate dalla struttura/professionista erogante) entro i 60 giorni successivi alla data di dimissione,

indipendentemente dal fatto che quest'ultima sia antecedente alla data di decorrenza contrattuale.

Domanda n. 29: con riferimento alla gara in oggetto (**CIG B9ABDE8F9C**) si richiede il seguente chiarimento:

- Il premio a base d'asta annuale pari a euro 2.166.666,66 è riferito ad un numero di nuclei familiari pari a 455 unità, così come indicato nel disciplinare di gara all'Art.4: **OGGETTO DELL'APPALTO, IMPORTO E SUDDIVISIONE IN LOTTI.**

Si chiede dunque conferma che nel caso in cui fosse assicurato un numero di nuclei maggiore o minore di 455 il premio corrisposto all'operatore economico sarà aumentato o diminuito proporzionalmente sulla base dell'effettivo numero di nuclei assicurati.

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 30: Si chiede di ricevere l'indicazione dei premi per singolo nucleo familiare in corso per ciascuna categoria assicurata;

Risposta: I premi lordi versati per ciascun nucleo all'interno di ogni categoria per ciascun anno del presente contratto (2023, 2024 e 2025) sono i seguenti:

- Categoria "Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)" euro 2.585,78;
- Categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni" euro 3.181,00;
- Categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni" euro 5.815,57.

Domanda n. 31: Si chiede di ricevere indicazioni sui contributi annui totali per ciascuna categoria e annualità (2023, 2024, 2025) nonché il numero di nuclei e teste associate ad ogni categoria e annualità;

Risposta:

- Per il 2023 il premio lordo versato è stato pari a 1.592.083,75 euro, comprensivi di 38.400 euro per i figli conviventi non fiscalmente a carico, di cui:
 1. Categoria "Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)"
592.143,62 euro
 2. Categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni"
327.643,00 euro
 3. Categoria "Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni"
633.897,13 euro

- Per il 2024 il premio lordo versato è stato pari a 1.632.274,93 euro, comprensivi di 42.400 euro per i figli conviventi non fiscalmente a carico, di cui:
 1. Categoria “Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)”
605.072,52 euro
 2. Categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni”
327.643,00 euro
 3. Categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni”
657.159,41 euro
- Per il 2025 il premio lordo versato è stato pari a 1.646.082,53 euro, comprensivi di 39.200 euro per i figli conviventi non fiscalmente a carico, di cui:
 1. Categoria “Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)”
623.172,98 euro
 2. Categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni”
314.919,00 euro
 3. Categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni”
668.790,55 euro

Domanda n. 32: In riferimento all’art. 16 del disciplinare di gara, si chiede di specificare nel dettaglio a cosa facciano riferimento le categorie A, B e C;

Risposta: Le categorie A, B e C fanno riferimento, rispettivamente, a:

- “Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali (in carica)”;
- “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni”;
- “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni”

Domanda n. 33: Si chiede conferma del fatto che non ci sia un numero minimo di nuclei aderenti per l’attivazione della copertura;

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 34: Si chiede conferma che gli importi riportati nel capitolato a pag. 30 paragrafi E.1 ed E.2 non potranno essere modificati né al rialzo né a ribasso;

Risposta: Si conferma.

Domanda n. 35: In riferimento al file Allegato 1, contenente la statistica sinistri, si chiede di conoscere la data di aggiornamento dei dati;

Risposta: Sono aggiornati al 31/12/2024.

Domanda n. 36: Si chiede per ogni categoria il numero totale dei potenziali nuclei assicurati e l'età media della popolazione per ciascuna categoria assicurata. Inoltre, si chiede la percentuale di adesione nelle tre annualità (2023 2024 2025);

Risposta: Si rappresenta che alla data del 31/12/2025 per la categoria “Nuclei familiari del personale in attività presso la Corte costituzionale compresi i Giudici costituzionali in carica” risultano assicurati 252 nuclei, per un numero totale di teste assicurate pari a 737 persone, ai quali si aggiungono 24 figli conviventi non fiscalmente a carico. L'età media degli assicurati risulta pari a 42 anni.

Per la categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età inferiore ai 75 anni” risultano assicurati 100 nuclei, per un numero totale di teste assicurate pari a 241 persone, ai quali si aggiungono 14 figli conviventi non fiscalmente a carico. L'età media degli assicurati risulta pari a 60 anni.

Per la categoria “Nuclei familiari del personale in quiescenza, compresi i Giudici costituzionali emeriti, con età superiore ai 75 anni” risultano assicurati 111 nuclei, per un numero totale di teste assicurate pari a 173 persone, ai quali si aggiungono 8 figli conviventi non fiscalmente a carico. L'età media degli assicurati risulta pari a 80 anni.

Con riferimento al tasso di adesione, si illustrano di seguito i dati consolidati al 31 dicembre dell'anno precedente.

Anno	Tasso di adesione complessivo	Personale in servizio	Personale in quiescenza
2023	75,64%	73,87%	77,66%
2024	76,92%	76,47%	77,42%
2025	77,51%	77,49%	77,54%
2026	75,65%	73,26%	78,73%

Domanda n. 37: Si chiede di fornire l'aggiornamento della statistica sinistri in riferimento all'anno 2025.

Risposta: In data 20/01/2026 il file delle statistiche aggiornato al 31/12/2025 è stato aggiunto ai documenti di gara.

Roma, 22 gennaio 2026

Il RUP
Cons. Giacomo Canale