

ALLEGATO PROSPETTO DI OFFERTA TECNICA LOTTO UNICO

Procedura di gara per il servizio di Assistenza Sanitaria integrativa e complementare a favore del personale militare dell'A. D. in servizio e relative estensioni facoltative laddove specificato

Costituente parte integrante del Piano di Assistenza Sanitaria integrativa e complementare - **L. 30 dicembre 2023, n. 213**

La sottoscritta (*Cassa/Fondo/Ente*) _____

propone la seguente offerta tecnica migliorativa del

CAPITOLATO TECNICO SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA COMPLEMENTARE INTEGRATIVA A FAVORE DEL PERSONALE MILITARE DEL MINISTERO DELLA DIFESA E RELATIVI FAMILIARI (“PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA”),

in base ai dati riepilogati di seguito:

CONTRAENTE	MINISTERO DELLA DIFESA DIREZIONE GENERALE DEL COMMISSARIATO E DEI SERVIZI GENERALI (COMMISERVIZI) II Reparto - 3 ^a Divisione
-------------------	--

CRITERI

CRITERIO 1 (Miglioramento Prestazioni del Piano di assistenza)

punteggio tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al Criterio 1: 44 punti

1.1	SUBCRITERIO 1.1. – Franchigie visite specialistiche Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 1.1: 8 punti rif. SUB) Art. 6.5 <i>Prestazioni Specialistiche</i> (di cui al Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all’articolo sopra indicato, la seguente clausola: “Il/la Cassa/Fondo/Ente paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal medico (intendendosi per tale il soggetto abilitato all’esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure), pertinenti alla malattia o all’infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche). Per la visita specialistica è accettata la prescrizione del medico chirurgo/di base, il quale può prescrivere i primi accertamenti utili, congrui ed attinenti alla diagnosi o sospetta diagnosi. Tutte le ulteriori prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari dovranno essere prescritte dal medico specialista (quest’ultime sono utili anche per la richiesta di ulteriori prescrizioni del medico di base per pagamento dei ticket). Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva
------------	--

somma di € 1.200 - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assistito, e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di una **franchigia a carico dell'Assistito di € 40** per ogni prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni”.

È facoltà del Concorrente modificare la clausola come segue:

(barrare la casella corrispondente all'ipotesi di franchigia prescelta)

N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l'ipotesi pari a 0 punti.

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento della franchigia a 40 euro come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (diminuzione della franchigia a 37 euro)	4 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (diminuzione della franchigia a 35 euro)	8 punti

1.2 SUBCRITERIO 1.2. – Franchigie prestazioni di alta specializzazione

Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 1.2: 12 punti

ref. SUB) Art. 6.4 Prestazioni di Alta Specializzazione

Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all'articolo sopra indicato, la seguente clausola:

“L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il/la Cassa/Fondo/Ente rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto/assistito alleggi alla fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 3.500 - da intendersi quale massimale annuo per Assistito e con applicazione di una **franchigia fissa assoluta di € 60** per ogni prestazione”

È facoltà del Concorrente modificare la clausola come segue:

(barrare la casella corrispondente all'ipotesi di franchigia prescelta)

N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l'ipotesi pari a 0 punti.

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento della franchigia a 60 euro come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (diminuzione della franchigia a 55 euro)	4 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (diminuzione della franchigia a 50 euro)	8 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi D (diminuzione della franchigia a 45 euro)	12 punti

SUBCRITERIO 1.3. Massimale visite specialistiche

Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 1.3: 18 punti

rif. SUB) Art. 6.5 Prestazioni Specialistiche (di cui al Nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017)

Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all'articolo sopra indicato, la seguente clausola:

1.3

“Il/la Cassa/Fondo/Ente paga le spese per prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari, purché prescritte dal medico (intendendosi per tale il soggetto abilitato all'esercizio della professione medica nel Paese di servizio o in quello dove vengano prestate le cure), pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciato (escluse comunque le visite pediatriche generiche). Per la visita specialistica è accettata la prescrizione del medico chirurgo/di base, il quale può prescrivere i primi accertamenti utili, congrui ed attinenti alla diagnosi o sospetta diagnosi. Tutte le ulteriori prestazioni specialistiche, ambulatoriali e/o domiciliari dovranno essere prescritte dal medico specialista (quest'ultime sono utili anche per la richiesta di ulteriori prescrizioni del medico di base per pagamento dei ticket).

Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate **fino a concorrenza della complessiva somma di € 1.200** - da intendersi quale sotto-massimale annuo per Assistito, e con applicazione per ogni malattia e/o infortunio di una franchigia a carico dell'Assistito di € 40 per ogni prestazione o ciclo di cura, intendendosi per tale una serie di prestazioni connesse alla medesima patologia e presentate in un'unica richiesta. La franchigia non viene applicata nel caso in cui l'Assistito chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni”.

È facoltà del Concorrente proporre un **Massimale annuo per assistito per visite specialistiche** secondo le ipotesi di seguito dettagliate
(barrare la casella corrispondente all'ipotesi di Massimale prescelta)

N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l'ipotesi pari a 0 punti.

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento del massimale come da capitolato, € 1.200,00 per anno per assistito)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (incremento del massimale ad € 1.300,000 per anno per assistito)	10 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (incremento del massimale ad € 1.400,000 per anno per assistito)	18 punti

SUBCRITERIO 1.4. Massimale prestazioni di alta specializzazione

Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 1.4: 6 punti

1.4

rif. SUB) Art. 6.4 Prestazioni di Alta Specializzazione

Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all'articolo sopra indicato, la seguente clausola:

“L'Assistito dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata. In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il/la Cassa/Fondo/Ente rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto. Per ottenere il rimborso è necessario che l'iscritto/assistito allegghi alla fattura la copia della richiesta del medico

	<p>curante contenente la patologia presunta o accertata.</p> <p>Le garanzie di cui al presente articolo vengono accordate fino a concorrenza della complessiva somma di € 3.500 - da intendersi quale massimale annuo per Assistito e con applicazione di una franchigia fissa assoluta di € 60 per ogni prestazione”</p> <p>È facoltà del Concorrente proporre un <u>Massimale annuo per assistito per prestazioni di alta specializzazione</u> secondo le ipotesi di seguito dettagliate (barrare la casella corrispondente all’ipotesi di Massimale prescelta)</p> <p>N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l’ipotesi pari a 0 punti.</p>	
<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento del massimale come da capitolato, € 3.500,00 per anno per assistito)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (incremento del massimale ad € 4.000,000 per anno per assistito)	2 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (incremento del massimale ad € 4.500,000 per anno per assistito)	4 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi D (incremento del massimale ad € 5.000,000 per anno per assistito)	6 punti

CRITERIO 2 (Estensione temporale Prestazioni del Piano di assistenza)

punteggio tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al Criterio 2: 20 punti

<p>SUBCRITERIO 2.1 Indennità giornaliera per ricovero</p> <p>Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 2.1: 6</p> <p>rif. Art. 6.1 - “Ricoveri con o senza intervento chirurgico” SUB lettera f)</p> <p>Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all’articolo sopra indicato, la seguente clausola:</p> <p>“ f) Indennità giornaliera per ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (elenco Allegato 1) e da grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day-hospital</p> <p>Il/La Cassa/Fondo/Ente, in caso di ricovero in istituto di cura (con esclusione del parto e del day-hospital), corrisponderà un’indennità di € 30 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 15 giorni per ricovero.</p> <p>Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.”.</p> <p>È facoltà del Concorrente proporre un <u>Limite temporale di corresponsione dell’indennità giornaliera di € 30 per giorno di ricovero</u> secondo le ipotesi di seguito dettagliate (barrare la casella corrispondente all’ipotesi di limite temporale prescelto)</p> <p>N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l’ipotesi pari a 0 punti.</p>		
2.1	Ipotesi A (mantenimento del limite temporale a 15 giorni di ricovero come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (incremento del limite temporale a 20 giorni di ricovero)	2 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (incremento del limite temporale a 25 giorni di ricovero)	4 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi D (incremento del limite temporale a 30 giorni di ricovero)	6 punti

SUBCRITERIO 2.2 durata dell'erogazione delle prestazioni LTC
Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 2.2: 14

rif. Art. 6.9 Assistenza per non autosufficienza da malattia (operante solo per la BASIC 1 – restano escluse quindi sia la BASIC 2 sia la BASIC 3)
SUB 6.9.4 Erogazione delle Prestazioni

Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all'articolo sopra indicato, la seguente clausola:

“Al momento della denuncia del sinistro l'assistito potrà scegliere tra l'opzione di erogazione di servizi di assistenza o l'indennizzo forfettario del danno:

- 2.2 A) Erogazione dei servizi di assistenza viene effettuata nei limiti dell'importo mensile pari a € 600,00 **per 12 mesi** non soggetto a rivalutazione (importo come da offerta tecnica). A scopo esemplificativo ma non esaustivo sono compresi i seguenti servizi: assistenza infermieristica, visite specialistiche domiciliari accertamenti diagnostici domiciliari, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, rette di degenza RSA, etc...
- B) Indennizzo forfettario del danno, erogato in forma mensile nei limiti dell'importo massimo mensile pari a € 600,00 **per 12 mesi** non soggetto a rivalutazione (importo come da offerta tecnica). Dovrà essere preventivamente e annualmente presentato il certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza”.

È facoltà del Concorrente proporre una **Durata dell'erogazione delle prestazioni (servizi di assistenza o indennizzo forfettario), nei limiti dell'importo massimo mensile di 600,00 euro** secondo le ipotesi di seguito dettagliate

(barrare la casella corrispondente all'ipotesi di durata prescelta)

N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l'ipotesi pari a 0 punti.

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento della durata dell'erogazione delle prestazioni per 12 mesi come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (incremento della durata dell'erogazione delle prestazioni LTC per 24 mesi)	6 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (incremento della durata dell'erogazione delle prestazioni LTC per 30 mesi)	10 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi D (incremento della durata dell'erogazione delle prestazioni LTC per 36 mesi)	14 punti

CRITERIO 3 (Prestazioni aggiuntive)

punteggio tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al Criterio 3: 22 punti

SUBCRITERIO 3.1. Massimale trattamenti fisioterapici
Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 3.1: 14

rif. Art. 6.8 “Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi”

3.1

Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all'articolo sopra indicato, la seguente clausola:

“Le spese sostenute vengono rimborsate con applicazione per ogni prestazione o ciclo di cura di uno scoperto a carico dell'assistito nella misura del 5% in convenzione e del 10% fuori convenzione. Lo scoperto non viene applicato nel caso in cui l'assistito chiedi il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni presso strutture del Servizio Sanitario

<p>Nazionale.</p> <p>La garanzia di cui al presente articolo viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di € 650 annuale per Assistito (massimale annuo per assistito).”.</p> <p>È facoltà del Concorrente proporre un massimale annuo per assistito secondo le ipotesi di seguito dettagliate (barrare la casella corrispondente all’ipotesi di Massimale prescelta)</p> <p>N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l’ipotesi pari a 0 punti.</p>		
<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 650 come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (incremento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 700)	4 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (incremento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 750)	8 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi D (incremento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 900)	10 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi E (incremento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 950)	12 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi f (incremento del massimale annuo per assistito per trattamenti fisioterapici riabilitativi a euro 1000)	14 punti

SUBCRITERIO 3.2. Prestazioni odontoiatriche

Punteggio Tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al subcriterio 3.2: 8

OFFERTA PACCHETTO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

La garanzia opera per gli assistiti dal piano Basic 1, ma viene inoltre estesa agli assistiti dagli altri piani sanitari Basic 2 e Basic 3.

La cassa/fondo/ente provvede alle seguenti prestazioni minime:

- Pacchetto prevenzione odontoiatrica, 1 volta l’anno
- Prima visita odontoiatrica
- Ablazione tartaro
- Fluoroprofilassi
- Ortopantomografia o radiografia endorale, se ritenuto necessario dal medico in sede di visita

- 3.2** Le prestazioni potranno essere eseguite esclusivamente in forma diretta presso strutture convenzionate con il network. Resta a carico dell’assistito solo la franchigia di € 25 per pacchetto. Se nell’arco dello stesso anno il medico dovesse richiedere una seconda seduta di ablazione del tartaro, la cassa/fondo/ente valuterà la richiesta; la prestazione potrà anche in questo caso essere eseguita esclusivamente in forma diretta presso strutture convenzionate con il network. Resta a carico dell’assistito solo la franchigia di € 25 per prestazione

ALTRE PRESTAZIONI MINIME INCLUSE:

- otturazione semplice

Sono comprese in garanzia le otturazioni semplici, con il massimo di 2 prestazioni per anno. Le prestazioni potranno essere eseguite esclusivamente in forma diretta presso strutture convenzionate con il network, resta a carico dell'assistito solo la franchigia di € 25 per prestazione.

- interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero

Sono garantite le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell’osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari

- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari

Le garanzie sono prestate fino ad un massimo € 10.000 per persona e anno assicurativo. La prestazione ove prestata da strutture private o personale medico non convenzionati con il network di riferimento è rimborsata con uno scoperto del 20%, fermo il resto.

ACCESSO ALLE TARIFFE CONVENZIONATE

Tutti gli assistiti possono ottenere, con oneri a proprio carico le prestazioni dentarie a tariffe agevolate utilizzando gli studi odontoiatrici del network convenzionato. La Cassa/Fondo/Ente mette a disposizione attraverso il proprio gestore del network la piattaforma internet dedicata tramite la quale sarà possibile ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate.

È facoltà del Concorrente proporre il servizio aggiuntivo sopra descritto
(barrare la casella corrispondente all'ipotesi prescelta)

N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l'ipotesi pari a 0 punti.

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (il pacchetto di prevenzione odontoiatrica non viene previsto)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (il pacchetto di prevenzione odontoiatrica viene previsto con le caratteristiche tecniche minime sopra descritte)	8 punti

CRITERIO 4 (continuità assistenziale)

punteggio tecnico (PT) massimo (max) attribuibile al Criterio 4: 14 punti

rif. Art. 3 “DURATA DEL CONTRATTO E DECORRENZA”

Premesso che il Capitolato Tecnico prevede all'articolo sopra indicato, la seguente clausola:

“Ove l'inizio dell'esecuzione contrattuale (anche in via anticipata a seguito di provvedimento della Stazione appaltante) intervenga entro il 30 giugno 2024, l'aggiudicatario si impegna a prendere in carico pure tutte le prestazioni dovute ai beneficiari in base al presente capitolato con riferimento al periodo intercorrente tra il 1° aprile (scadenza del contratto in corso) e la data dell'inizio dell'esecuzione contrattuale.

4 Ove l'inizio dell'esecuzione contrattuale (anche in via anticipata a seguito di provvedimento della Stazione appaltante) intervenga oltre il 30 giugno 2024, l'aggiudicatario si impegna a prendere in carico pure tutte le prestazioni dovute ai beneficiari in base al presente capitolato con riferimento ai tre mesi antecedenti alla data dell'inizio dell'esecuzione contrattuale (periodo di comporto).

Le prestazioni di cui alla presente clausola saranno liquidate a rimborso, nei termini contrattuali e solo a seguito della presentazione di tutta la documentazione a supporto.”

È facoltà del Concorrente proporre un **termine di retroattività** secondo le ipotesi di seguito dettagliate

(barrare la casella corrispondente all'ipotesi di retroattività prescelta)

N.B. Nel caso in cui non venga barrata alcuna casella, in relazione al singolo sub – criterio, si intende scelta l'ipotesi pari a 0 punti.

<input type="checkbox"/>	Ipotesi A (mantenimento periodo di comportamento di tre mesi antecedenti alla data dell'inizio dell'esecuzione contrattuale come da capitolato)	0 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi B (incremento periodo di comportamento a quattro mesi antecedenti alla data dell'inizio dell'esecuzione contrattuale)	10 punti
<input type="checkbox"/>	Ipotesi C (incremento periodo di comportamento a cinque mesi antecedenti alla data dell'inizio dell'esecuzione contrattuale)	14 punti

La Società

.....