

**Documento Tecnico aggiuntivo riportante le variazioni migliorative apportabili al Capitolato Tecnico posto a base di gara, con indicazione dei punteggi attribuiti alle varianti proposte**

**NB: si precisa che le migliorie, di seguito riepilogate - apportabili al Capitolato posto a base di gara - dovranno essere indicate nel prospetto d'offerta. Nell'ipotesi in cui il concorrente non indicasse alcuna preferenza si intenderanno valide le pattuizioni previste nel Capitolato tecnico posto a base di gara.**

**PRESTAZIONE: LTC NON AUTOSUFFICIENZA  
PARTE 1) OFFERTA LIBERA**

	<b>Riferimento Capitolato</b>	<b>Parametri di cui al capitolato di gara che potranno essere oggetto di variazioni migliorative</b>	<b>Ipotesi variazioni migliorative apportabili</b>	<b>Punteggio attribuito</b>
<b>1</b>	Art. 7 Somma Assicurata (I comma)	Somma mensile assicurata € 500, garantita all'assicurato finché in vita.	aumento somma assicurata	10

**Il punteggio sarà attribuito applicando la seguente formula:**

$$P.oc = [(V_i - V_{min}) / (V_{max} - V_{min})] \times \max(P)$$

Dove:

**P.oc:** Punteggio offerta a confronto

**V<sub>i</sub>:** Valore offerto iesimo

**V<sub>min</sub>:** Valore minimo offerto

**V<sub>max</sub>:** Valore massimo offerto

**max (P):** Punteggio massimo attribuibile

**TABELLA**  
**PRESTAZIONE: LTC NON AUTOSUFFICIENZA**  
**PARTE 2) OFFERTA VINCOLATA**

	<i>Riferimento Capitolato</i>	<i>Parametri di cui al capitolato di gara che potranno essere oggetto di variazioni migliorative</i>	<i>Ipotesi variazioni migliorative apportabili</i>	<i>Punteggio attribuito</i>
2	Art. 10 Definizione dello stato di non autosufficienza; primo capoverso (e richiamo al secondo capoverso)	Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 degli atti ordinari della vita quotidiana di seguito indicate:	Riconoscimento dello stato di non autosufficienza in caso di incapacità di svolgere: almeno <b>3 su 6</b> degli atti ordinari della vita quotidiana di seguito indicate	5

**TABELLA**  
**PRESTAZIONE: RIMBORSO SPESE MEDICHE**  
**PARTE 3) OFFERTA VINCOLATA**

	<b>Riferimento Capitolato</b>	<b>Parametri di cui al capitolato di gara che potranno essere oggetto di variazioni migliorative</b>	<b>Ipotesi variazioni migliorative apportabili</b>	<b>Punteggio attribuito</b>
<b>3</b>	Art. 10 l) a) Spese ospedaliere e chirurgiche, terzo capoverso (utilizzo di struttura convenzionata e di medici non convenzionati)	Rimane in ogni caso fermo il diritto dell'assicurato di utilizzare una struttura convenzionata con la Società e medici non convenzionati con la stessa. In questo caso, la Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le spese di competenza della struttura, ad eccezione della franchigia di cui sopra, rimanendo invece a <b>totale carico dell'assicurato le spese relative agli onorari medici ovvero ogni altra spesa inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento</b> per il tramite della Società.	Ip a) rimborso degli onorari medici ovvero di ogni altra spese inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento per il tramite della Società: scoperto 50%	13
			Ip b) rimborso degli onorari medici ovvero di ogni altra spese inerente prestazioni utilizzate/effettuate al di fuori del convenzionamento per il tramite della Società: scoperto 40%	17
<b>4</b>	Art. 10 l) a) Spese ospedaliere e chirurgiche, secondo capoverso (franchigia in rete)	<b>Franchigie a carico dell'assicurato:</b>  Ricoveri con intervento chirurgico: franchigia <b>€ 1.000</b> Ricoveri senza intervento chirurgico: franchigia <b>€ 500</b> Day-Hospital con o senza intervento chirurgico: franchigia <b>€ 500</b> Intervento chirurgico ambulatoriale: nessuna franchigia	Ip a) riduzione delle franchigia in rete del 25%	3
			Ip b) riduzione delle franchigia in rete del 50%	5
<b>5</b>	Art. 10 l) a) Spese ospedaliere e chirurgiche, sesto capoverso (e rinvio all'ultimo capoverso della lettera b)	In questo caso le prestazioni vengono rimborsate nel <b>limite massimo di € 30.000,00</b> , raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico di cui all'Allegato A, per evento e previa applicazione delle franchigie.	ip a) elevazione del massimale a € 40.000	2
			ip b) elevazione del massimale a € 50.000	3

6	Art. 10 I) a) Spese ospedaliere e chirurgiche Punto 1) Punto 2)	Limiti per la <b>retta di degenza (fuori rete)</b> : - € 400,00 al dì; - € 800,00 al dì, per reparti di terapia intensiva e sub-intensiva	ip a) elevazione dei limiti a - € 500,00 al dì; - € 1.000,00 al dì, per reparti di terapia intensiva e sub-intensiva	1,5
			ip b) elevazione dei limiti a - € 500,00 + 50% dell'eccedenza al dì; - € 1.000,00 + 50% dell'eccedenza al dì, per reparti di terapia intensiva e sub-intensiva	2,5
7	Art. 10 I) b) Prestazioni mediche e sanitarie pre e post ricovero/day-Hospital/intervento ambulatoriale	- Rimborso delle spese sostenute per esami, accertamenti diagnostiche e visite specialistiche effettuate nei <b>60 giorni precedenti l'intervento chirurgico</b> o il ricovero/day hospital. -Rimborso delle spese sostenute per esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure effettuate nei <b>90 giorni successivi alla data dell'intervento.</b>	Elevazione dei limiti temporali a: - 90 giorni pre - 120 giorni post	3,5
8	Art. 10 I) e) Indennità sostitutiva	€ 30,00 al giorno	Ip a) € 40,00	2
			Ip b) € 50,00	3
9	Art. 10 III) Area extra ricovero – Altre prestazioni diagnostiche	Massimale € 1.200	Ip a) € 1.500	3,5
			Ip b) € 1.800	5
10	Art. 10 III) Area extra ricovero – Altre prestazioni diagnostiche	Prestazioni ammesse solo in rete (franchigia € 25) e rimborso ticket 100%	Inserimento del rimborso anche fuori rete: scoperto 30% minimo € 50	5

11	Art. 10 IV) Cure prolungate post diagnosi	Massimale € 1.500 per evento	Elevazione del massimale a € 2.500	1
12	Art. 10 V) Protesi dentarie ed Interventi di Implantologia da infortunio	Massimale anno/nucleo € 3.000, con sottolimito di € 600 per ogni elemento di protesi dentaria	Elevazione del massimale anno/nucleo € 4.000, con sottolimito di € 800 per ogni elemento di protesi dentaria	1
13	Art. 10 VI) Cure dentarie da infortunio	Massimale anno/nucleo € 2.000	Elevazione del massimale a € 3.000	1
14	Nuova garanzia Scheda tecnica aggiuntiva punto 1)	Inclusione in elenco delle prestazioni di cui al punto 1 della scheda tecnica aggiuntiva	Come da scheda tecnica aggiuntiva punto 1	4
15	Nuova garanzia Scheda tecnica aggiuntiva punto 2)	Inclusione in elenco delle prestazioni di cui al punto 2 della scheda tecnica aggiuntiva	Come da scheda tecnica aggiuntiva punto 2	3,5
16	Nuova garanzia Scheda tecnica aggiuntiva punto 3)	<b>Inclusione</b> nell'ambito del massimale di cui all' Art. 10 III) Area extra ricovero – Altre prestazioni diagnostiche delle <b>prestazioni fisioterapiche e riabilitative</b> di cui al punto 3 della scheda tecnica aggiuntiva	Ip a) come da scheda tecnica aggiuntiva punto 3	8
			Ip b) come da scheda tecnica aggiuntiva punto 3	10
			Ip c) come da scheda tecnica aggiuntiva punto 3	12
			Ip d) come da scheda tecnica aggiuntiva punto 3	15

17	Nuova garanzia Scheda tecnica aggiuntiva punto 4)	Introduzione indennità da ricovero determinato da atti violenti	Scheda tecnica aggiuntiva punto 5	4
18	Art .14 comma 5	<b>Servizio di consultazione on-line</b> dei sinistri e delle liquidazioni per ASDEP e i broker	Estensione del servizio anche agli assicurati	1
19	Art .17 comma 3	La Centrale Operativa si impegna a fornire all'assicurato, <b>entro 3 giorni lavorativi dall'attivazione</b> , indicazioni circa la presa in carico della richiesta.	Ip a) entro 2 giorni lavorativi	1
			Ip b) entro 1 giorno lavorativo	2
20	Nuovo servizio Scheda tecnica aggiuntiva punto 5)	Art. 17 introduzione di un <b>ulteriore servizio</b> per i <b>ricoveri all'estero</b>	Scheda tecnica aggiuntiva punto 5	0.5

**TABELLA**  
**PRESTAZIONE: RIMBORSO SPESE MEDICHE**  
**PARTE 4) OFFERTA LIBERA**

	<b>Riferimento Capitolato</b>	<b>Parametri di cui al capitolato di gara che potranno essere oggetto di variazioni migliorative</b>	<b>Ipotesi variazioni migliorative apportabili</b>	<b>Punteggio attribuito</b>
<b>21</b>	Art .17 comma 2, punto 1	<b>Rete di 200 strutture convenzionate</b> sul territorio nazione	aumento strutture convenzionate	2
<b>22</b>	Art .17 comma 2, punto 1	<b>Rete di 200 strutture convenzionate</b> sul territorio nazione	Di cui Policlinici Universitari e/o IRCCS	2
<b>23</b>	Art .17 comma 2, punto 1	<b>Rete di 200 strutture convenzionate</b> sul territorio nazione	nelle quali operino medici convenzionati	2
<b>24</b>	Art .17 comma 2, punto 2	<b>Rete di 300 centri medici convenzionati</b> sul territorio nazione	aumento centri medici convenzionati	2

**Il punteggio sarà attribuito applicando la seguente formula:**

$$P.oc = [(Vi - Vmin) / (Vmax - Vmin)] \times \max (P)$$

Dove:

**P.oc:** Punteggio offerta a confronto

**Vi:** Valore offerto iesimo

**Vmin:** Valore minimo offerto

**Vmax:** Valore massimo offerto

**max (P):** Punteggio massimo attribuibile

**NOTA BENE**

**1) In sede di elaborazione della risposta, il proponente dovrà indicare a livello numerico il numero di strutture abilitate al ricovero (punto 21 scheda d'offerta) e centri convenzionati non abilitati al ricovero (punto 24 scheda d'offerta). La medesima struttura potrà essere computata una sola volta all'interno della categoria più idonea a qualificarla quand'anche svolga attività rientranti anche in altre categoria e/o disponga di un autonomo centro interno ad essa riconducibile. Nella compilazione della tabella dovranno essere computati esclusivamente strutture abilitate al ricovero e centri convenzionati che svolgano (in tutto o in parte) prestazioni sanitarie contemplate dall'offerta formulata dal Concorrente in sede di gara con l'esclusione delle prestazioni di cui all'Art. 10 V e VI, non dovranno pertanto essere computati eventuali gabinetti/studi odontoiatrici convenzionati.**

**2) In sede di elaborazione della risposta, il proponente dovrà indicare a livello numerico il numero dei medici chirurghi convenzionati che svolgano la propria attività nelle strutture abilitate al ricovero facenti parte della Rete convenzionata; dovranno essere computati soltanto quei medici che svolgano attività connesse ai ricoveri ospedalieri (Art. 10, I lettera a). Dovranno pertanto essere esclusi dal computo quei medici che, ancorché svolgano la propria attività all'interno delle medesime strutture convenzionate, svolgano esclusivamente attività ambulatoriali (ad esempio visite specialistiche).**