

Inail Direzione regionale Puglia

AVVISO PUBBLICO PER LA STIPULA DI CONVENZIONI PER L'ESPLETAMENTO DI PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE AI FINI MEDICO-LEGALI.

La Direzione Regionale Inail per la Puglia rende noto che, visti gli esiti della precedente Selezione Comparativa indetta nello scorso mese di Dicembre, (Prot. 17028 del 19/12/2014) al fine di favorire una più capillare diffusione a livello territoriale di strutture sanitarie pubbliche e private, di cui avvalersi, senza alcun vincolo di esclusiva, per l'espletamento di prestazioni di diagnostica strumentale finalizzate ad accertamenti di natura medico-legale a favore degli assistiti delle Sedi Inail della Puglia (All. n. 1), **sono stati riaperti i termini per la presentazione della domanda.**

Le strutture sanitarie che hanno presentato istanza entro la data del 15 gennaio u.s., data di scadenza del precedente avviso pubblico, dovranno confermare la manifestazione di interesse e la validità dei requisiti precedentemente dichiarati.

Per il compenso relativo alle singole prestazioni si farà riferimento esclusivamente all'allegato prospetto denominato "Tariffario" (All. n. 2), i cui importi sono quelli indicati nel tariffario regionale della specialistica ambulatoriale aggiornato alla DGR 95 del 13/05/2013.

1 – Oggetto della convenzione

La convenzione riguarderà le seguenti categorie di prestazioni diagnostiche come specificatamente dettagliate nell'allegato "Tariffario" (All. n. 2).

- Ecografia
- Cardiologia
- Angiologia
- Esami Eco-Doppler/Eco-Color-Doppler
- Tomografia computerizzata
- Dentscan
- Esami rmn
- Dermatologia/Allergologia
- Neurologia/Psichiatria
- Neurochirurgia
- Oculistica
- Radiologia
- Otorinolaringoiatria
- Pneumologia
- Esami di laboratorio
- Urologia
- Reumatologia
- Medicina Interna
- Chirurgia Plastica

Qualora si ravvisi la necessità di prestazioni ulteriori rispetto a quelle elencate nel tariffario allegato al presente avviso per i relativi corrispettivi si farà riferimento al Tariffario regionale della specialistica ambulatoriale aggiornato alla DGR 95 del 13/05/2013.

Nel caso si fornissero solo parte delle prestazioni diagnostiche sopra elencate, le convenzioni potranno essere stipulate anche solo per una o più delle categorie sopra citate.

2 – Requisiti

La struttura sanitaria dovrà essere in regola con le norme relative a:

- autorizzazione/accreditamento di cui al D. Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i.;

- sicurezza degli impianti di radiologia nonché completo rispetto delle norme sulla radioprotezione;
- abbattimento delle barriere architettoniche di cui al DPR 380/2001 e s.m.i.;
- regolarità contributiva.

Tutti i requisiti devono essere posseduti alla data di scadenza del bando.

3 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni saranno effettuate dietro esibizione di un documento di identità ed in presenza dell'impegnativa Inail sul proprio modello denominato "Mod.127-I Inail"

La prestazione dovrà essere effettuata entro **cinque giorni** lavorativi dalla data di richiesta effettuata dalla Sede Inail, salvo diverso accordo derivante dalla complessità degli esami ovvero dall'urgenza del caso.

La consegna alla Sede Inail di competenza degli esami e della refertazione sarà eseguita a cura della struttura sanitaria entro 3 giorni dalla data dell'esecuzione della prestazione, salvo diverso accordo derivante dalla complessità degli esami ovvero dall'urgenza del caso.

In caso di ritardo nell'erogazione delle prestazioni, salvo per motivi non imputabili all'affidatario, sarà applicata una penale giornaliera pari al 1,0‰ (unpermille) dell'ammontare netto dell'importo del Tariffario, salvo il diritto dell'INAIL di risolvere la convenzione.

4 - Corrispettivo

Per il compenso relativo alle singole prestazioni si farà riferimento esclusivamente all'allegato prospetto denominato "Tariffario" (All. 2), i cui importi sono quelli indicati nel Tariffario regionale della specialistica ambulatoriale aggiornato alla DGR 33/20 del 31/07/2012.

A tali tariffe, trattandosi di accertamenti diagnostici medico-legali, andrà applicata l'Iva come per legge.

Qualora in corso di vigenza dovesse intervenire un'eventuale variazione delle tariffe regionali di riferimento, si procederà all'adeguamento delle medesime, con la decorrenza prevista dalla normativa di riferimento, mediante apposito atto integrativo alla convenzione stipulata.

5 –Modalità di pagamento

Le fatture dovranno essere emesse con cadenza mensile e dovranno riportare le prestazioni eseguite specificando i codici, le voci e gli importi previsti nell'allegato Tariffario.

Alle stesse dovranno essere allegate **le sez."B" dei mod. 127/I INAIL.**

Non sarà riconosciuto alcun rimborso per prestazioni effettuate in assenza del predetto mod. 127-I Inail.

- Per ogni assicurato dovrà essere emessa singola fattura.

- Le fatture dovranno essere inviate **in forma elettronica** tramite del Sistema di Interscambio al Codice Univoco Ufficio (C.U.U.) della Direzione Regionale Puglia: FPMR00

La Direzione Regionale Inail per la Puglia provvederà al pagamento delle fatture entro 60 giorni, decorrenti dalla ricezione delle stesse.

6 – Durata della convenzione

La convenzione avrà la durata di tre anni, decorrenti dalla data di sottoscrizione. Non è contemplato il tacito rinnovo.

7 - Recesso

Alle parti è data facoltà di recedere in ogni momento dalla convenzione con un preavviso di almeno due mesi da comunicare tramite raccomandata A.R. ovvero tramite PEC

La presente convenzione sarà risolta dall'Inail Puglia qualora, a seguito di verifiche periodiche, sia riscontrato il venir meno del requisito della regolarità contributiva.

L'Inail Puglia si riserva, inoltre, la facoltà di recedere anticipatamente dalla convenzione, con preavviso di 30 giorni, quando a suo insindacabile giudizio, non venissero garantite le prestazioni richieste nel modo e nei tempi stabiliti.

8 - Modifiche

Su proposta di una o di entrambe le parti, è possibile valutare modifiche alla convenzione qualora risultassero funzionali al miglioramento delle attività in essa previste.

9 – Presentazione della domanda

Gli interessati devono presentare

- domanda, utilizzando esclusivamente l'allegato fac-simile (All. 3), nonché Copia del patto d'integrità (all.4) sottoscritto dal legale rappresentante dell'Impresa o da persona avente il potere di rappresentare ed impegnare legalmente l'impresa

tramite PEC a puglia@postacert.inail.it in formato pdf, oppure, a mezzo posta tramite raccomandata a.r., o con consegna a mano, al seguente indirizzo:

Inail – Direzione Regionale Puglia – Corso Trieste, 29- 70126 Bari

Sulla busta dovrà essere riportata la seguente dicitura: “Avviso pubblico per convenzioni per prestazioni di diagnostica strumentale”-

Le domande dovranno pervenire entro il termine del 30 aprile 2015.

L'Inail non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del partecipante oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Il termine sopra indicato è perentorio, pertanto, non potrà essere espressa alcuna riserva di invio successivo, anche solo dei documenti da allegare.

10 - Documentazione

Le strutture private dovranno presentare la documentazione attestante i punti 1) , 5) e 6) dei requisiti richiesti.

Per i requisiti di cui ai punti 2) , 3) e 4) dovranno produrre le dichiarazioni sostitutive, ai sensi del Testo Unico di cui al DPR 445/00 e della Legge n. 183/11 e s.m.i.

11 - Esclusione

Oltre all'assenza dei requisiti di cui al paragrafo 2, costituiscono motivi per l'esclusione la mancata compilazione dei campi relativi ai requisiti obbligatori previsti per la partecipazione alla selezione.

12 Modalità di scelta

Nel procedere alla individuazione della Struttura saranno osservati criteri che garantiscono la trasparenza, la rotazione e la concorrenza, oltre che è indispensabile che le strutture debbano risultare adeguate alle attese dell'utenza con l'obiettivo di realizzare risultati in termini di qualità e di contenimento del costo complessivo della prestazioni.

13 – Trattamento dei dati personali

I dati dei quali l'Inail entra in possesso a seguito della presente procedura, nel rispetto del D.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, verranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura.

La struttura sanitaria si obbliga a rispettare la riservatezza dei dati, situazioni o su quanto venga a conoscere in conseguenza dell'opera svolta, ai sensi del D.lgs. 196/2003, si impegna altresì a non divulgare detti elementi, anche a fine scientifico, senza un esplicito e preventivo assenso dell'Inail.

Per eventuali informazioni gli interessati potranno contattare l'Ufficio Attività Strumentali – Processo Acquisizione Beni e Servizi, ai seguenti recapiti telefonici:

- Dr.ssa Anna Delle Grazie (0805436264) e-mail: a.dellegrazie@inail.it
- Sig. Rocco Giorgio (0805436310) e-mail: r.giorgio@inail.it

14 – Pubblicazione dell'avviso

Il presente avviso sarà reso pubblico mediante pubblicazione sul sito:

www.inail.it al seguente percorso:

<http://www.inail.it/internet/default/Trasparenza/Consulenticolaboratori/p/ConsulenzeSelezioneComparativa/index.html>

Per eventuali informazioni rivolgersi a: pugliasovrmedica@inail.it

La Direzione Regionale Puglia si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, annullare o revocare la presente procedura in qualsiasi momento, senza che ciò possa ingenerare, in coloro che hanno presentato domanda di partecipazione, eventuali possibili aspettative.

Il Direttore Regionale
dot. Giovanni Asaro



Scarica i seguenti file:

- All 1 elenco Sedi Inail Puglia.xls
- All 2 "Tariffario".pdf
- All 3 modulo domanda.doc
- All 4 Patto d'Integrità.pdf

SEDI INAIL - DIREZIONE REGIONALE PUGLIA

- I.N.A.I.L. BARI Lre Trieste, 29 – 70126 Bari, che comprende anche
 - I.N.A.I.L. ALTAMURA - Via Lago Passarello 5, 70022 Altamura (BA)
 - I.N.A.I.L. MONOPOLI - Via Vittorio Veneto 62, 70043 Monopoli (BA)
- I.N.A.I.L. BRINDISI - Via Palestro 4, 72100 Brindisi (BR)
- I.N.A.I.L. BARLETTA – Via Vespucci, 1 70051 Barletta (BT)
- I.N.A.I.L. FOGGIA - Via Gramsci 19/21, 71100 Foggia (FG), che comprende anche
 - I.N.A.I.L. MANFREDONIA - Viale Barletta, 1 - 71043 Manfredonia (Fg)
- I.N.A.I.L. LECCE - V.Le Oronzo Quarta 19b, 73100 Lecce (LE), che comprende anche
 - I.N.A.I.L. CASARANO - Via Agnesi c.da Pigna - 73042 Casarano (Le)
- I.N.A.I.L. TARANTO - Via Plinio angolo Via Salinella - 74100 Taranto, che comprende anche
 - I.N.A.I.L. TARANTO - Via Lacos - 74100 Taranto

TARIFFARIO

Allegato n. 2

N.	CODICE	CATEGORIE E PRESTAZIONI	tariffario regionale della specialistica ambulatoriale aggiornato alla DRG 951 del 13/05/2013	Spuntare la categoria in caso di scelta di tutte le prestazioni, in caso contrario spuntare le singole prestazioni
1		ECOGRAFIA		
1.1	88.79.3	MUSCOLOTENDINEA <i>ogni segmento</i>	€ 28,41	
1.2	88.79.1	CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO <i>ogni segmento</i>	€ 28,41	
1.3	88.79.2	OSTEOARTICOLARE <i>ogni segmento</i>	€ 32,54	
1.4	88.71.4	TIROIDE	€ 28,41	
1.5	88.73.1	ECOGRAFIA MAMMARIA BILAT.	€ 35,89	
1.6	88.73.2	ECOGRAFIA MAMMARIA MONOLAT.	€ 21,17	
1.7	88.76.1	ADDOME COMPLETO	€ 60,43	
1.8	88.75.1	ADDOME INFERIORE <i>color doppler</i>	€ 32,02	
1.9	88.74.1	ADDOME SUPERIORE	€ 43,90	
1.10	88.74.2	FEGATO E VIE BILIARI <i>color doppler</i>	€ 43,38	
1.11	88.74.2	EPATO BILIARE	€ 43,38	
1.12	88.74.4	SPLENICA	€ 43,38	
1.13	88.74.3	PANCREATICA	€ 43,38	
1.14	88.77.1	ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA	€ 24,79	
1.15	88.76.2	AORTA ADDOMINALE	€ 32,02	
1.16	88.74.5	RENI E SURRENI <i>color doppler</i>	€ 34,09	
1.17	88.75.1	PELVICA (ADDOME INFERIORE)	€ 32,02	
1.18	88.79.6	TESTICOLARE	€ 30,99	
1.19	88.79.5	PENIENA	€ 30,99	
2		CARDIOLOGIA		
2.1	89.7	VISITA GENERALE	€ 20,66	
2.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
2.3	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 51,65	
2.4	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 60,43	
2.5	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 61,97	
2.6	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA BASALE	€ 11,62	
3		ANGIOLOGIA		
3.1	89.7	VISITA GENERALE	€ 20,66	
3.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
3.3	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 59,29	
3.4	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 48,59	
4		ESAMI ECO-DOPPLER/ECO-COLOR-DOPPLER atero venoso: degli arti inf. e arti sup., aorta/cava e tronchi sovraaortici		
4.1	88.73.5	TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 43,90	
4.2	88.77.2	VASI ARTI INFERIORI ART. O VENOSO	€ 43,90	
4.3	88.77.2	VASI ARTI SUPERIORI ART. O VENOSO	€ 43,90	
4.4	88.75.2	VASI SPERMATICI (ADDOME INFERIORE)	€ 50,10	
4.5	88.75.2	DINAMICO PENIENO (ADDOME INFERIORE)	€ 50,10	
5		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (compresa TCHR torace)		
5.1	87.03	CRANIO	€ 74,88	
5.2	88.38.1	COLONNA VERTEBRALE E DELLO SPECO VERTEBRALE <i>ogni segmento</i>	€ 77,67	
5.3	88.38.5	BACINO (ANCA)	€ 77,85	
5.4	88.38.3	ARTI SUPERIORI <i>ogni segmento</i>	€ 81,81	
5.5	88.38.6	ARTI INFERIORI <i>ogni segmento</i>	€ 77,85	
5.6	87.03.7	COLLO	€ 74,88	
5.7	87.03.5	ORECCHIO	€ 74,88	
5.8	87.03.2	MASSICCIO FACCIALE	€ 80,46	
5.9	87.41	TORACE	€ 77,67	
5.10	88.01.5	ADDOME TOTALE	€ 103,68	
5.11	88.01.3	PELVI (ADDOME INFERIORE)	€ 79,47	
5.12	88.01.1	ADDOME SUPERIORE	€ 79,47	
5.13	87.71	RENI	€ 85,50	
6		DENTALSAN		
6.1	87.03.4	ARCATE	€ 92,97	
7		ESAMI RMN		
7.1	88.91.1	CRANIO-ENCEFALO E TRONCO	166.58	
7.2	88.91.3	MASSICCIO FACCIALE	120.08	
7.3	88.91.6	COLLO	120.08	
7.4	88.93	COLONNA VERTEBRALE <i>ogni segmento</i>	115.80	
7.5	88.94.1	SPALLA (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.6	88.94.1	GOMITO (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.7	88.94.1	POLSO (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	

7.8	88.94.1	MANO (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.9	88.94.1	ANCA (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.10	88.94.1	GINOCCHIO (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.11	88.94.1	CAVIGLIA (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.12	88.94.1	PIEDE (MUSCOLO SCHELETRICO)	€ 133,28	
7.13	88.92	TORACE	€ 115,80	
7.14	88.92.3	CUORE	€ 120,08	
7.15	88.95.1	ADDOME SUPERIORE	€ 120,08	
7.16	88.95.4	APPARATO URINARIO (ADDOME INFERIORE)	€ 120,08	
7.17	88.91.3	ATM ART. TEMPORO MANDIBOLARE	€ 120,08	
8		DERMATOLOGIA/ALLERGOLOGIA		
8.1	89.03	VISITA GENERALE	€ 20,66	
8.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
8.3	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST) fino a 20 allergeni	€ 32,54	
8.4	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA fino a 12 allergeni	€ 23,24	
9		NEUROLOGIA/PSCIHIATRIA		
9.1	89.13	VISITA GENERALE	€ 20,66	
9.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
9.3	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 12,91	
9.4	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 19,37	
9.5		Test di valutazione neuro-psicologica (funzioni esecutive, memoria e attenzione) e test di valutazione psico-patologica		
9.6	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE TEST DI INTELLIGENZA	€ 9,71	
9.7	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE TEST DELLA MEMORIA	€ 5,84	
9.8	94.02.2	TEST DELLA SCALA MEMORIA DI WECHSLER (WMS)	€ 5,84	
9.9	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE TEST FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,84	
9.10	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE TEST ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 5,84	
9.11	9409	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 19,37	
9.12	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI DELLA PERSONALITA'	€ 7,75	
9.13	89.14	E.E.G.	€ 23,24	
9.14	89.14.2	E.E.G. CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 34,86	
9.15	89.14.3	E.E.G. DINAMICO H.24	€ 46,48	
9.16	93.08.1	E.M.G.	€ 10,33	
9.17	93.09.1	E.N.G. (velocità di conduzione nervosa motoria) per ogni unità motoria	€ 10,33	
9.18	93.09.2	E.N.G. (velocità di conduzione nervosa sensitiva) per ogni unità motoria	€ 10,33	
9.19	89.15.3	PEM (POTENZIALI EVOCATI MOTORI)	€ 34,86	
9.20	89.15.4	PES (POTENZIALI EVOCATI SOMATOSENSORIALI)	€ 34,86	
9.21	94084	ESAME DELL' AFASIA	€ 27,11	
10		NEUROCHIRURGIA		
10.1	89.03	VISITA GENERALE	€ 20,66	
10.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
11		OCULISTICA		
11.1	897	VISITA GENERALE	€ 20,66	
11.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48	
11.3	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO	€ 13,27	
11.4	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 20,66	
11.5	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO campimetria, perimetria statica/cinetica	€ 16,78	
11.6	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) potenziali evocati da pattern ad emicapi	€ 23,24	
11.7	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75	
11.8	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	€ 7,75	
12		RADIOLOGIA		
12.1	87.17.1	CRANIO	€ 22,21	
12.2	87.29	COLONNA VERTEBRALE IN TOTO SOTTO CARICO	€ 34,60	
12.3	87.23	COLONNA DORSALE O LOMBARE	€ 17,30	
12.4	87.22	CERVICALE	18,08	
12.5	87.24	COLONNA LOMBO-SACRALE	€ 17,30	
12.6	88.21	SPALLA	€ 17,82	
12.7	88.21	OMERO	€ 17,82	
12.8	88.22	GOMITO	€ 14,98	
12.9	88.22	AVAMBRACCIO	€ 14,98	
12.10	88.23	POLSO	€ 14,20	
12.11	88.23	MANO	€ 14,20	
12.12	88.26	BACINO	€ 17,56	
12.13	88.29.1	BACINO E ARTI INFERIORI SOTTO CARICO	€ 30,21	
12.14	88.26	ANCA - BACINO	€ 17,56	
12.15	88.27	FEMORE	€ 21,17	
12.16	88.27	GINOCCHIO	€ 21,17	
12.17	88.28	CAVIGLIA	€ 17,82	
12.18	88.28	PIEDE	€ 17,82	

12.19	87.44.1	TORACE PARENCHIMA	€ 15,49
12.20	87.43.1	COSTE - STERNO - CLAVICOLA	€ 24,27
12.21	88.19	ADDOME	€ 19,37
12.22	87.11.3	RX ORTOPANORAMICA DENTALE SUP + INF	€ 20,66
13		OTORINOLARINGOIATRIA	
13.1	89.3	VISITA GENERALE	€ 20,66
13.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48
13.3	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,76
13.4	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,76
13.5	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	€ 20,66
13.6	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI per ricerca di soglia	€ 41,83
13.7	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI da stimolo elettrico	€ 92,96
13.8	95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 8,68
13.9	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITÀ VESTIBOLARE	€ 16,27
13.10	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITÀ VESTIBOLARE	€ 16,27
13.11	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	€ 32,54
13.12	89.39.4	GUSTOMETRIA	€ 9,30
13.13	93.05.5	TEST STABILOMETROCO STATICO E DINAMICO	€ 9,71
13.14	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 16,27
14		PNEUMOLOGIA	
14.1	89.71.7	VISITA GENERALE	€ 20,66
14.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48
14.3	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 23,24
14.4	89.37.2	SPIROMETRIA CON VOLUME RESIDUO	€ 37,18
14.5	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOS. SPEC.	€ 37,18
14.6	89.37.5	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOS. ASPEC.	€ 55,78
14.7	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 23,24
15		UROLOGIA	
15.1	897.19	VISITA GENERALE	€ 20,66
15.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48
15.3	89.24	UROFLUSSOMETRIA	€ 11,62
16		REUMATOLOGIA	
16.1	897.18	VISITA GENERALE	€ 20,66
16.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48
17		MEDICINA INTERNA	
17.1	897.30	VISITA GENERALE	€ 20,66
17.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48
18		CHIRURGIA PLASTICA	
18.1	897.35	VISITA GENERALE	€ 20,66
18.2	89.07	CONSULTO - DEFINITO COMPLESSIVO	€ 46,48
19		ESAMI DI LABORATORIO	
19.1	91.49.2	PRELIEVO VENOSO	€ 2,58
19.2	90.27.1	GLUCOSIO	€ 1,17
19.3	90.16.3	CREATININA	€ 1,13
19.4	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)	€ 1,04
19.5	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (S/U)	€ 1,00
19.6	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) (S/U)	€ 1,13
19.7	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,17
19.8	90.62.2	EMOCROMO: hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.	€ 3,17
19.9	91.17.3	VIRUS EPAT. B (HBV) AC. NUCLEICI IBR. Pre. rea. pol.	€ 63,42
19.10	91.17.4	VIRUS EPAT. B (HBV) AC. NUCLEICI IBR. DIRETTA	€ 40,01
19.11	91.17.5	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTICORPI HBcAg	€ 10,01
19.12	91.18.1	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTICORPI HBcAg IgM	€ 10,01
19.13	91.18.2	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTICORPI HBeAg	€ 10,01
19.14	91.18.3	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTICORPI HBsAg	€ 10,01
19.15	91.18.4	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTIGENE HBeAg	€ 10,01
19.16	91.18.5	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTIGENE HBsAg	€ 7,90
19.17	91.19.1	VIRUS EPAT. B (HBV) ANTIGENE HBsAg (Sag. confer.)	€ 13,84
19.18	91.19.2	VIRUS EPAT. B (HBV) DNA POLIMERASI	€ 23,34
19.19	91.19.5	VIRUS EPAT. C (HCV) ANTICORPI	€ 10,01
19.20	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	€ 1,95
19.21	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	€ 0,69
19.22	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) ((Sg))	€ 3,50
19.23	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) ((Sg))	€ 1,80
19.24	90.64.5	PIASTRINA/FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZ. (FDP/FSP) (S/U)	€ 12,18
19.25	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,67
19.26	90.64.5	FIBRINA/FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZ.	€ 12,18
19.27	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,85

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA STIPULA DI CONVENZIONI PER L'ESPLETAMENTO DI PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE AI FINI MEDICO-LEGALI.

Il sottoscritto _____ in qualità di rappresentante legale della Società _____ nato a _____ il _____ domiciliato per la carica nel Comune di _____ Provincia di _____ (Via/Piazza) _____

tel. _____ cell. _____

con studio/ambulatorio (indicare tutte le sedi):

in Via _____

del Comune di _____ Prov. _____ Codice fiscale _____

Partita Iva n. _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per la stipula di convenzioni per l'espletamento di prestazioni di diagnostica strumentale ai fini medico-legali, per le tipologie di prestazioni diagnostiche di cui all'allegato n. 2 denominato "Tariffario", i cui importi sono quelli indicati nel Tariffario regionale della specialistica ambulatoriale aggiornato alla DGR 951 del 13/05/2013, evidenziate con il segno di spunta della categoria (in caso di scelta di tutte le prestazioni elencate nella categoria), o evidenziate singolarmente (in caso di impossibilità ad eseguire tutte le prestazioni elencate nella categoria).

DICHIARA

Che la/le struttura/e sanitaria/e è/sono in regola con le norme relative a:

- 1) autorizzazione/accreditamento di cui al D. Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i.;
- 2) iscrizione ai rispettivi albi del personale medico, sanitario e tecnico;
- 3) possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione e refertazione dell'esame diagnostico strumentale;
- 4) conseguimento dei crediti formativi obbligatori dei medici e del personale sanitario ai sensi della Legge n. 201/2011;
- 5) sicurezza degli impianti di radiologia nonché a quanto previsto dalle norme sulla radioprotezione;
- 6) abbattimento delle barriere architettoniche di cui al DPR 380/2001 e s.m.i.;
- 7) regolarità contributiva.

Allega i documenti di cui ai punti 1, 5 e 6 e le dichiarazioni sostitutive per i punti 2, 3, 4, rilasciate ai sensi del D.P.R.445/00 e della Legge n.183/11 e s.m.i. così come richiesto dall'avviso.

Il firmatario dichiarante allega alla presente la fotocopia del proprio documento di identità valido a tutti gli effetti di legge.

In fede: _____

(data) _____ (firma pena l'esclusione) _____

Spett.le

**Oggetto:
CIG**

Con il presente Patto d'Integrità, approvato con determina del Presidente dell'INAIL del 4 giugno 2014 n.149, viene sancita la reciproca, formale obbligazione dell'INAIL e di codesta Spett.le Ditta di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espreso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Il personale, i collaboratori ed i consulenti dell'INAIL impiegati ad ogni livello dell'espletamento di questa gara e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato, sono a conoscenza del contenuto del presente Patto d'Integrità, il cui spirito condividono pienamente, nonché delle sanzioni previste a loro carico in caso di mancato rispetto dello stesso Patto.

L'INAIL si impegna a pubblicare i dati più rilevanti riguardanti la gara in adempimento degli obblighi previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il sottoscritto soggetto concorrente si impegna a segnalare all'INAIL qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato, addetto ovvero dipendente, collaboratore o consulente dell'INAIL nonché di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in epigrafe.

Il sottoscritto soggetto concorrente dichiara di non trovarsi in situazioni di controllo di collegamento (formale e/o sostanziale) con altri concorrenti e che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara e che la propria offerta è improntata a serietà, integrità, indipendenza e segretezza.

Il sottoscritto soggetto concorrente dichiara che non si è accordato e non si accorderà con altri partecipanti alla gara per limitare con mezzi illeciti la concorrenza.

Il sottoscritto soggetto concorrente, in caso di aggiudicazione si impegna a riferire tempestivamente all'INAIL ogni illecita richiesta di denaro prestazione o altra utilità, ovvero offerta di protezione che venga comunque avanzata nel corso di esecuzione dell'appalto nei confronti di un proprio rappresentante agente o dipendente.

Il sottoscritto prende altresì atto che analogo obbligo dovrà essere assunto da ogni altro soggetto che intervenga, a qualunque titolo, nell'esecuzione dell'appalto e che tale obbligo non è in ogni caso sostitutivo dell'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria dei fatti attraverso i quali sia stata posta in essere la pressione estorsiva e ogni altra forma di illecita interferenza.

Il sottoscritto è consapevole e accetta che, nel caso in cui non comunichi i tentativi di pressione criminale, il contratto si risolverà di diritto.

Il personale dipendente, i collaboratori ed i consulenti dell'Istituto sono obbligati a riferire tempestivamente all'Amministrazione ogni illecita richiesta di denaro, prestazione o altra utilità ovvero offerta di protezione che venga avanzata nel corso dell'esecuzione dell'appalto e, sottoscrivendo il presente patto, il soggetto concorrente assume gli stessi obblighi.

I soggetti di cui al precedente capoverso che vengano a conoscenza di accordi, intese, atti ovvero altra attività posti in essere da ex dipendenti dell'Istituto, in occasione del rapporto di lavoro e della posizione ordinamentale precedentemente ricoperta (c.d. Pantouflage) e correlati all'affidamento del contratto, sono tenuti a darne immediata notizia all'Amministrazione ai fini delle conseguenti determinazioni da assumere in ordine ai richiamati ex dipendenti ovvero dell'appalto in corso.

Il sottoscritto soggetto concorrente, si impegna a:



- inserire nelle cauzioni da prestare in sede gara per la validità dell'offerta e di buona esecuzione del contratto ulteriori clausole che garantiscono la stazione appaltante – a richiesta della stessa - rispetto agli impegni presi con il presente patto;

- mettere a disposizione a richiesta della stazione appaltante anche tutte le informazioni sul proprio personale anche ai fini del rispetto della contrattazione collettiva di riferimento;

- rendere noti, su richiesta dell'INAIL, tutti i pagamenti eseguiti e riguardanti il contratto eventualmente assegnatogli a seguito delle gara in epigrafe inclusi quelli eseguiti a favore di intermediari e consulenti. La remunerazione di questi ultimi non deve superare il congruo ammontare dovuto per servizi legittimi;

- a non conferire incarichi o stipulare contratti con i soggetti di cui all'art. 53, comma 16-ter del DLgs n. 165/2001.

Il sottoscritto soggetto concorrente prende atto e accetta che nel caso di mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con questo Patto di Integrità, comunque accertato dall'Amministrazione e fatte salve specifiche ulteriori previsioni di legge potranno essere applicate le seguenti sanzioni:

- risoluzione o perdita del contratto;
- escussione della cauzione di validità dell'offerta;
- escussione della cauzione di buona esecuzione del contratto;
- responsabilità per danno arrecato all'INAIL nella misura dell'8% del valore del contratto, impregiudicata la prova dell'esistenza di un danno maggiore;
- responsabilità per danno arrecato agli altri concorrenti della gara nella misura dell'1% del valore del contratto per ogni partecipante, sempre impregiudicata la prova predetta;
- cancellazione dagli elenchi degli operatori economici dell'INAIL;
- esclusione del concorrente dalle gare indette dall'INAIL per 5 anni.

Il presente Patto di Integrità e le sanzioni applicabili resteranno in vigore fino alla completa esecuzione del contratto affidato a seguito della gara in epigrafe.

Eventuali eventi corruttivi o altre fattispecie di illecito dovranno essere segnalati al responsabile unico del procedimento e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'INAIL.

Ogni controversia relativa all'interpretazione, ed esecuzione del presente Patto d'Integrità fra l'INAIL e i concorrenti e tra gli stessi concorrenti sarà risolta dall'Autorità Giudiziaria competente.

TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE

RAPPRESENTANTE

