

**CONVENZIONE PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI DIAGNOSTICA
STRUMENTALE**

TRA

L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro – Direzione regionale per le Marche, codice fiscale 01165400589, partita IVA 0968951004, con sede in Ancona, Via Piave, 25, rappresentata dal Direttore regionale pro-tempore, dr.ssa Antonella Onofri, di seguito denominato "INAIL"

E

Studio di Radiologie Dott. G.M. Santini s.r.l. (Casa di Cura, Laboratorio, Studio Medico)
con sede in Pesaro (PV)
Cod. Fisc./Partita IVA 01484280415 ([solo in caso di persona giuridica] in persona
del legale rappresentante Dott. Santini Giovanni Emanuele),
di seguito denominata "Struttura sanitaria",

PREMESSO CHE

- tra i compiti istituzionali dell'INAIL rientra quello della valutazione medico-legale del danno subito dal lavoratore infortunato o affetto da malattia professionale allo scopo di poter fornire le conseguenti prestazioni economiche previste dalla normativa vigente in materia di tutela assicurativo - previdenziale;
- per supportare tale valutazione con le più appropriate metodiche di accertamento si rende necessario ricorrere ad esami di diagnostica per immagini;
- la Struttura sanitaria dispone delle tecnologie e delle professionalità adeguate per fornire all'INAIL le prestazioni richieste,

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:**ART. 1****PREMESSE**

1.1. Le premesse fanno parte integrante e sostanziale del presente atto.

ART. 2**OGGETTO DELLA CONVENZIONE**

- 2.1 La Struttura sanitaria si impegna ad effettuare le prestazioni di radiologia diagnostica, per le quali risulta accreditata al SSR con DGR n. 213 del 01/10/2008, finalizzate alla valutazione medico-legale del danno di pertinenza INAIL, come specificato nell'allegato n. 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- 2.2 A tal proposito, si precisa che la refertazione deve rispondere agli specifici quesiti posti dall'Istituto, con particolare riguardo alla cronodiagnosi della lesione strumentalmente accertata.

ART. 3**MODALITA'**

3.1 Le prestazioni saranno effettuate presso gli ambulatori della Struttura sanitaria siti a Pesaro (PV) Via Odoardo Giansanti, 25



INAIL - SEGRETERIA REGIONALE - PESARO - TEL. 071/474213 - FAX 071/474214

- 3.2 L'accesso alle prestazioni avverrà dietro presentazione di apposita impegnativa INAIL (mod. 127I-Prestazioni).
- 3.3. Le prestazioni dovranno, di norma, essere effettuate entro tre giorni dalla richiesta ed il relativo referto trasmesso alla Sede INAIL richiedente entro le 48 ore successive.
- 3.4. Le prenotazioni verranno effettuate dal personale sanitario delle Sedi INAIL preferibilmente per telefono o per mail o comunque secondo accordi stabiliti direttamente tra la Sede INAIL richiedente e la Struttura sanitaria.

ART. 4**DURATA**

- 4.1 La convenzione decorre dalla data di sottoscrizione del presente atto e scadrà automaticamente il 31/12/2016 senza possibilità di tacito rinnovo.
- 4.2 Ciascuna delle parti può comunque recedere dalla stessa in qualsiasi momento, inviando all'altra parte disdetta con raccomandata con ricevuta di ritorno almeno 30 giorni prima della data in cui avrà effetto la disdetta medesima.
- 4.3 In caso di grave inadempimento delle obbligazioni assunte da parte della Struttura sanitaria, l'INAIL a suo insindacabile giudizio si riserva la facoltà di risolvere il rapporto, fatto salvo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.
- 4.4 L'INAIL si riserva inoltre la possibilità di recedere dalla presente convenzione in qualsiasi momento per modifiche normative o regolamentari sopravvenute oppure per mutate necessità organizzative.

ART. 5**COMPENSO**

- 5.1. Il corrispettivo economico delle prestazioni effettuate viene determinato applicando le tariffe previste dal vigente nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni della branca ~~diagnostica, per immagini radiologiche diagnostiche di cui alla DGR n. 1466 del 29 dicembre 2014, successivamente modificato dalla DGR n. 5 del 15/11/2014~~ ovvero la minore tariffa concordata con la struttura, come indicato nell'allegato tariffario che costituisce parte integrante e sostanziale della presente convenzione.
- 5.2. La fattura elettronica, redatta ai sensi della legge n. 244/2007 e del D.M. 55/2013, verrà emessa con cadenza trimestrale ed intestata a INAIL - Direzione Regionale Marche, Via Piave, 25 - 60121 ANCONA ("campo 1.2.4 <cod. destinatario > W8CBJG") e dovrà contenere:
 - a) l'indicazione della Sede che ha richiesto le prestazioni, completa di codice amministrativo ("campo 1.2.6 < riferimento amministrativo > cod. amm. Sede");
 - b) copia della sez. B del Mod.127I INAIL e descrizione delle prestazioni rese con la specifica dell'importo dovuto, per ciascuno degli assicurati, utilizzando la "sez. 2.5 <allegati >".Con riferimento al mod.127I, dovranno essere debitamente riportati negli appositi spazi, pena l'impossibilità di procedere al pagamento del compenso: gli estremi del documento identificativo dell'assicurato, la sottoscrizione del professionista che ha eseguito l'esame e quella dell'assicurato medesimo.
- 5.3 Gli importi relativi saranno corrisposti dall'INAIL entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della fattura, mediante bonifico bancario sul conto corrente dedicato, come previsto dal D.lgs. 136/2010.
- 5.4 Sarà inoltre obbligo della Struttura sanitaria inviare, ogni trimestre, a ciascuna delle Sedi richiedenti il rendiconto delle prestazioni specialistiche effettuate, allegando gli originali della sez. B del mod.127I, relativi agli assicurati sottoposti ad indagine diagnostica.

ART. 6**PRIVACY**

- 6.1. Le parti prendono reciprocamente atto che i dati acquisiti per effetto della collaborazione di cui alla presente convenzione sono soggetti alle disposizioni in materia di tutela della privacy di



DIREZIONE REGIONALE MARCHE

INSERIRE LOGO

STUDIO DI RADIOLOGIA**Dott. G.M. SANTINI s.r.l.**

Via Giansanti, 25 - 61121 PESARO

C. F. e Part. IVA 01484280415

cui al D.Lgs. n.193/2003 e smi.

6.2 Il dott./dott.ssa (o il legale rappresentante *Dott. Santini G. M. Santini*) della Struttura sanitaria manifesta la propria disponibilità ad assumere l'incarico di Responsabile del Trattamento dei dati personali effettuato nell'ambito dell'esecuzione della presente convenzione, ai sensi degli artt. 4, comma 1, lett. g), e 29, del D.Lgs. n. 196/2003.

ART. 7**SPESE CONTRATTUALI**

- 7.1 Il presente atto è redatto in duplice copia ed è soggetto a registrazione in caso d'uso ai sensi del D.P.R. 131/1986 e smi. Le eventuali spese di registrazione saranno ad esclusivo carico della parte richiedente la registrazione.
- 7.2 La presente convenzione è soggetta ad imposta di bollo con onere a carico della Struttura sanitaria.

Letto, confermato e sottoscritto.

Ancona, **10 APR 2015**

LA STRUTTURA SANITARIA

STUDIO DI RADIOLOGIA
Dott. G.M. SANTINI s.r.l.
 Via Giansanti, 25 - 61100 Pesaro
 C F e P IVA 01484280415

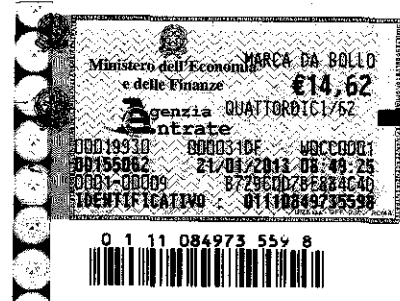
IL DIRETTORE REGIONALE

(Dr.ssa Antonella D'INFRI)

Es/ubur

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del codice civile, dichiara di aver letto e di approvare espressamente e specificatamente le condizioni e le previsioni tutte contenute nel presente atto ed, in particolare, quanto contenuto e convenuto agli artt. 2, 3, 4 e 5.

LA STRUTTURA SANITARIA

STUDIO DI RADIOLOGIA
Dott. G.M. SANTINI s.r.l.
 Via Giansanti, 25 - 61121 PESARO
 C. F. e Part. IVA 01484280415


Codice Tariffario	Descrizione Esame	Tariffa nomenclatore regionale (DGR n.5 del 13/01/2015)	Tariffa scontata
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	74,90	
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	120,40	
87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	80,50	
87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	127,80	
87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSAN]	93,00	
87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO	74,90	
87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO	120,40	
87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	74,90	
87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	120,40	
87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI	74,90	
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	85,20	
87.06	FARINGOGRAFIA	30,50	
87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO GHIANDOLE SALIVARI	54,70	
87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA	10,30	
87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA	9,30	
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE	20,70	
87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA [orbite, mastoidi(rocche petrose e forami ottici) ossa nasali, articolazione tempomandibolare emimandibola]	15,00	
87.16.2	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale, incluso es. diretto	53,20	
87.16.3	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale, incluso es. diretto	26,90	
87.16.4	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale, incluso es. diretto	44,40	
87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI	22,20	

Codice Tariffario	Descrizione Esame	Tariffa nomenclatore regionale (DGR n.5 del 13/01/2015)	Tariffa scontata
87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA	15,20	
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	18,10	
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	17,30	
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	17,30	
87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	34,60	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	34,90	
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	23,00	
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	77,70	
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	124,10	
87.42.1	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) TORACICA BILATERALE	49,10	
87.42.2	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) TORACICA MONOLATERALE	34,60	
87.42.3	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) DEL MEDIASTINO	40,00	
87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (BILATERALE)	24,30	
87.43.2	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (MONOLATERALE)	16,00	
87.44.1	RADIOGRAFIA TORACE DI ROUTINE, NAS	15,50	
87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI	85,50	
87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO	134,40	
87.72	TOMOGRAFIA (STRATIGRAFIA) RENALE	27,90	
87.77	CISTOGRAFIA	48,30	
87.79.1	URETROGRAFIA	43,90	
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE	79,50	
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	126,90	
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE	79,50	

Codice Tariffario	Descrizione Esame	Tariffa nomenclatore regionale (DGR n.5 del 13/01/2015)	Tariffa scontata
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	126,90	
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	103,70	
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	158,00	
88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME	19,40	
88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL'ARTO SUPERIORE	17,80	
88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO	15,00	
88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	14,20	
88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI ED ANCA	17,60	
88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIA E GAMBA	21,20	
88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	17,80	
88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30,20	
88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	26,30	
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	90,40	
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	77,70	
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	124,10	
88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE	81,80	
88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO	129,70	
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	77,90	
88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE	77,90	
88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	124,10	
	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	15,50	
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	28,40	
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA (BILATERALE)	35,90	

Codice Tariffario	Descrizione Esame	Tariffa nomenclatore regionale (DGR n.5 del 13/01/2015)	Tariffa scontata
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA (MONOLATERALE)	21,20	
88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	43,90	
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	43,90	
88.74.2	ECO(COLOR) DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	43,40	
88.74.3	ECO(COLOR) DOPPLER DEL PANCREAS	43,40	
88.74.4	ECO(COLOR) DOPPLER DELLA MILZA	43,40	
88.74.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI RENI E SURRENI	34,10	
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	32,00	
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	60,40	
88.76.2	ECOGRAFIA DEI GROSSI VASI ADDOMINALI	32,00	
88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA	24,80	
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA	43,90	
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	28,40	
88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	32,50	
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	28,40	
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	31,00	
88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	31,00	
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	43,40	
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	43,40	
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO	166,60	
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO	247,50	
88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	120,10	
88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	187,10	

Codice Tariffario	Descrizione Esame	Tariffa nomenclatore regionale (DGR n.5 del 13/01/2015)	Tariffa scontata
88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	120,10	
88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	187,10	
88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	115,80	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	181,30	
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	115,80	
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	181,30	
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA	133,30	
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	204,20	
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	120,10	
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	187,10	
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	120,10	
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	187,10	
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC	69,30	

10 APR 2015

Dr.ssa Antonella ONOFRI
IL DIRIGENTE REGIONALE VICARIO
 (Dr. Giuseppe M. MARIOTTI)

STUDIO DI RADIOLOGIA
 Dott. G.M. SANTI s.r.l.
 Via Giansanti, 25 - 01121 PESARO
 C. F. e Part. IVA 01404280415

[Handwritten signature]

