

SCADENZA: 27.3.2019

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
DA EROGATORI ACCREDITATI
IN AMBITO ASL 1 – REGIONE LIGURIA**

Per disponibilità all'erogazione, per conto del SSN, delle seguenti tipologie di prestazioni ambulatoriali (ANCHE IN VIA DISGIUNTA):

ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O
DISTRETTUALI
VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
VISITA NEUROLOGICA
VISITA ORTOPEDICA
VISITA CARDIOLOGICA + ECOCOLORDOPPLER CARDIACO + ECG
VISITA OCULISTICA

Periodo: Aprile – Dicembre 2019

In relazione a temporanee ed urgenti necessità aziendali, evidenziate dalla S.C. Pianificazione e Governo Clinico, si chiede disponibilità a fornire le prestazioni sopra indicate per il periodo da maggio a dicembre 2019, così indicativamente quantificate:

- ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI: n. 250 prestazioni al mese
- ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALI: n. 250 prestazioni al mese
- VISITA CHIRURGICA VASCOLARE: n. 100 prestazioni al mese
- VISITA NEUROLOGICA: n. 100 prestazioni al mese
- VISITA ORTOPEDICA: n.100 prestazioni al mese
- VISITA CARDIOLOGICA – ECOCOLORDOPPLER CARDIACO - ECG: n.100 prestazioni al mese
- VISITA OCULISTICA: n.150 prestazioni al mese.

Il requisito richiesto, anche in sede di prima analisi conoscitiva di Vostra disponibilità, è il possesso di accreditamento istituzionale in corso di validità e con precedenza per le Strutture già contrattualizzate.

Si precisa che l'eventuale spesa, scaturita dall'erogazione di dette prestazioni, non ne comporterà la storicizzazione rispetto ai tetti contrattualmente riconosciuti ed indicati nei contratti in regime di proroga.

Per eventuali strutture non contrattualizzate, la cui disponibilità verrà valutata solo in caso di assenza di proposta da parte delle Strutture che già intrattengono rapporti di collaborazione con l'Azienda, verranno previamente valutati i titoli autorizzativi e di accreditamento, cui dovrà eventualmente seguire la sottoscrizione di apposito contratto.

L'Azienda, preso atto delle adesioni che perverranno, valuterà, in tempi brevi, l'organizzazione delle agende, stante l'urgenza di garantire tempi e continuità assistenziali; si precisa tuttavia che, informata Alisa, ogni decisione diversa che dovesse pervenire in ordine a detta iniziativa aziendale, dovrà essere accolta quale superiore decisione, stante il fatto che, comunque, l'ASL non si vincolerà in ogni caso all'acquisto delle prestazioni sopra indicate.

Le manifestazioni di interesse dovranno tassativamente pervenire all'indirizzo PEC aziendale: protocollo@pec.asl1.liguria.it, S.C. Affari Generali e Legali, Oggetto: Manifestazione di interesse per prestazioni specialistiche ambulatoriali da Erogatori accreditati in ambito ASL1 – Regione Liguria, entro e non oltre il giorno 27.3.2019.

Si allega modello word che dovrà essere completato, in tutte le parti, sia relativamente al possesso dei titoli autorizzativi/accreditamento, sia relativamente alla parte delle prestazioni per le quali si intende aderire alla proposta, come detto anche in via disgiunta. Eventuali scontistiche, che saranno indicate su singole tipologie di prestazioni, potranno essere valutate dall'Azienda quale criterio di priorità nell'assegnazione delle Agende tra i Gestori che manifesteranno il proprio interesse.

Rispetto alla presente iniziativa potranno essere richiesti eventuali suppletivi chiarimenti in ordine all'organizzazione delle agende, alle prestazioni e alla modalità di erogazione, debito informativo alla SC Pianificazione e Governo Clinico (0184 536.958) mentre per gli aspetti amministrativi alla SC Affari Generali e Legali (0184 536.884).

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dott. Marco DAMONTE PRIOLI



AI'ASL N. 1 IMPERIESE
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI DA EROGATORI ACCREDITATI IN AMBITO ASL1 - REGIONE LIGURIA

IL/LA SOTTOSCRITTO _____
NAT_ A _____ IL _____
NELLA SUA QUALITA' DI _____
(eventualmente) giusta procura generale/speciale n° _____ del _____
AUTORIZZATO A RAPPRESENTARE LEGALMENTE LA SOCIETA' _____
FORMA GIURIDICA _____
CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA N. _____
CON SEDE LEGALE/RESIDENZA IN _____ VIA/PIAZZA _____
TELEF. N. _____, FAX N. _____, e-mail: _____

Con la presente intende confermare manifestare
(apporre una crocetta sull'opzione di interesse)

il proprio interesse all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali indicate al punto 1 della presente
dichiarazione

A tal fine

DICHIARA

Il sottoscritto..... nato a
il C.F. residente a Prov.
Via n. CAP
nella sua qualità di
(se procuratore allegare copia della relativa procura notarile - generale o speciale - o altro
documento da cui evincere i poteri di rappresentanza)
dell'impresa.....
con sede legale in Via n.
CAP Città Prov.
Cod. Fiscale Impresa
P. IVA (se diversa dal cod. fiscale)
tel. Fax

DICHIARA AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445,
CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI
AFFERMAZIONI MENDACI AI SENSI DELL'ART. 76 DEL MEDESIMO DPR 445/2000:

1) che la Struttura/le Strutture presso cui da disponibilità a svolgere le attività oggetto della
presente manifestazione di interesse è / sono:

Denominazione	Sede	Riferimenti accreditamento*	Tipologia prestazioni per cui si da disponibilità rispetto all'avviso	Indicazione di eventuale percentuale di sconto AGGIUNTIVA rispetto a quella del 2% sulle tariffe vigenti come da D.L. 95/2012 **

* indicare gli estremi dell'accreditamento in essere alla data di presentazione della manifestazione di interesse, indicando altresì gli estremi della comunicazione di avvio del procedimento di rinnovo dell'Accreditamento da parte di ALISA in caso di accreditamento scaduto per cui è stata effettuata istanza di rinnovo a condizioni invariate.

**NB: percentuale non vincolante come da contenuti della Manifestazione di Interesse. Si precisa tuttavia che, relativamente alle prestazioni di ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI, SUPERIORI O DISTRETTUALI ed ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI, VISITA CARDIOLOGICA + ECOCOLORDOPPLER CARDIACO + ECG, le condizioni di acquisto minime – attualmente praticate dall'Azienda – sono con abbattimento del 20% di sconto sulla tariffa da Nomenclatore tariffario.

2) che la società che gestisce la Struttura / le Strutture è iscritta al Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di
 al n. REA in data
 capitale sociale di €

(per le Società Cooperative e per i Consorzi di Cooperative) che la Cooperativa/Consorzio è iscritta/o all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso la CCIAA di
 alla sezione

3) che il titolare di ditta individuale / soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle S.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza / socio unico persona fisica ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, nonché il Direttore Tecnico, che **rivestono o che hanno rivestito e cessato** tali cariche nell'anno antecedente alla data di pubblicazione del bando non incorrono in una delle situazioni di incompatibilità a contrarre con la P.A. come descritte dall'art. 80 D.Lgs. 50/2016 (Codice dei Contratti Pubblici).

98

che uno dei soggetti di cui sopra (indicare NOMINATIVO e CARICA) _____ è
incorso in condanne, con sentenze passate in giudicato, o emesso decreto penale di condanna
divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art.
444 C.P.P., e precisamente**(1)**:

e che l'impresa ha dimostrato una completa ed effettiva dissociazione dalla condotta
penalmente sanzionata, come risulta dalla documentazione allegata;

***(1) Vanno indicate tutte le condanne penali, ivi comprese quelle per le quali il soggetto abbia
beneficiato della non menzione. Non è necessario indicare le condanne quando il reato è
stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il
reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della
condanna medesima***

Data _____

Timbro della ditta
Firma

***N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non
autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.***

ALL'ASL N. 1 IMPERIESE
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI DA EROGATORI ACCREDITATI IN AMBITO ASL1 – REGIONE LIGURIA

IL/LA SOTTOSCRITTO _____
NAT_ A _____ IL _____,
NELLA SUA QUALITA' DI _____,
(eventualmente) giusta procura generale/speciale n° _____ del _____
AUTORIZZATO A RAPPRESENTARE LEGALMENTE LA SOCIETA'
FORMA GIURIDICA _____
CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA N. _____
CON SEDE LEGALE/RESIDENZA IN _____ VIA/PIAZZA
TELEF. N. _____, FAX N. _____, e-
mail: _____

Con la presente intende

confermare

manifestare

(apporre una crocetta sull'opzione di interesse)

il proprio interesse all'erogazione delle prestazioni ambulatoriali indicate al punto 1 della presente
dichiarazione

A tal fine

DICHIARA

Il sottoscritto..... nato a
il C.F. residente a Prov.
Via n. CAP
nella sua qualità di
(se procuratore allegare copia della relativa procura notarile - generale o speciale - o altro
documento da cui evincere i poteri di rappresentanza)
dell'impresa.....
con sede legale in Via n.
CAP Città Prov.
Cod. Fiscale Impresa
P. IVA (se diversa dal cod. fiscale)
tel. Fax

**DICHIARA AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445,
CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI
AFFERMAZIONI MENDACI AI SENSI DELL'ART. 76 DEL MEDESIMO DPR 445/2000:**

1) che la Struttura/le Strutture presso cui da disponibilità a svolgere le attività oggetto della
presente manifestazione di interesse è / sono:

Denominazione	Sede	Riferimenti accreditamento*	Tipologia prestazioni per cui si da disponibilità rispetto all'avviso	Indicazione di eventuale percentuale di sconto AGGIUNTIVA rispetto a quella del 2% sulle tariffe vigenti come da D.L. 95/2012 **

* indicare gli estremi dell'accreditamento in essere alla data di presentazione della manifestazione di interesse, indicando altresì gli estremi della comunicazione di avvio del procedimento di rinnovo dell'Accreditamento da parte di ALISA in caso di accreditamento scaduto per cui è stata effettuata istanza di rinnovo a condizioni invariate.

**NB: percentuale non vincolante come da contenuti della Manifestazione di Interesse. Si precisa tuttavia che, relativamente alle prestazioni di ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI, SUPERIORI O DISTRETTUALI ed ECOCOLORDOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI, VISITA CARDIOLOGICA + ECOCOLORDOPPLER CARDIACO + ECG, le condizioni di acquisto minime – attualmente praticate dall'Azienda – sono con abbattimento del 20% di sconto sulla tariffa da Nomenclatore tariffario.

2) che la società che gestisce la Struttura / le Strutture è iscritta al Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio Industria Artigianato e Agricoltura di
al n. REA in data
capitale sociale di €

(per le Società Cooperative e per i Consorzi di Cooperative) che la Cooperativa/Consorzio è iscritta/o all'Albo Nazionale delle Società Cooperative presso la CCIAA di
alla sezione

3) che il titolare di ditta individuale / soci delle s.n.c. / soci accomandatari delle S.a.s. / amministratori muniti di poteri di rappresentanza / socio unico persona fisica ovvero il socio di maggioranza in caso di società con meno di quattro soci, nonché il Direttore Tecnico, che **rivestono o che hanno rivestito e cessato** tali cariche nell'anno antecedente alla data di pubblicazione del bando non incorrono in una delle situazioni di incompatibilità a contrarre con la P.A. come descritte dall'art. 80 D.Lgs. 50/2016 (Codice dei Contratti Pubblici).

che uno dei soggetti di cui sopra (indicare NOMINATIVO e CARICA) _____ è
incorso in condanne, con sentenze passate in giudicato, o emesso decreto penale di condanna
divenuto irrevocabile, oppure sentenza di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art.
444 C.P.P., e precisamente**(1)**:

e che l'impresa ha dimostrato una completa ed effettiva dissociazione dalla condotta
penalmente sanzionata, come risulta dalla documentazione allegata;

***(1) Vanno indicate tutte le condanne penali, ivi comprese quelle per le quali il soggetto abbia
beneficiato della non menzione. Non è necessario indicare le condanne quando il reato è
stato depenalizzato ovvero per le quali è intervenuta la riabilitazione ovvero quando il
reato è stato dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della
condanna medesima***

Data _____

Timbro della ditta
Firma

***N.B.: Ai fini della validità della presente dichiarazione deve essere allegata la fotocopia non
autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.***