

ALLEGATO 1 - Schema di domanda

All'Azienda Usl Toscana Nord Ovest
U.O.C. Privato accreditato, trasporti sanitari e riabilitazione
Via Cocchi 7/9
PISA 56121

PEC:

direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

e p.c.

privatoaccreditato@uslnordovest.toscana.it

OGGETTO: Manifestazione interesse specialistica e diagnostica triennio 2026-2028 da strutture private accreditate - Modello Competitivo

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____,

preso atto dell'Avviso di Manifestazione di Interesse emesso da codesta Azienda con delibera del Direttore Generale n. **xxx** del **xx.xx**.2025 per l'individuazione di soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per acquisizione di prestazioni diagnostiche e specialistiche per il Modello Competitivo triennio 2026-2028 da erogare negli ambiti territoriali delle 10 zone distretto dell'Azienda: Lunigiana; Apuane; Versilia; Piana di Lucca; Valle del Serchio; Pisana; Alta Val di Cecina/Valdera; Livornese; Bassa Val di Cecina/Val di Cornia (Valli Etrusche); Elba,

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare all'Avviso emesso dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest per l'individuazione di soggetti accreditati con i quali sottoscrivere accordi contrattuali per l'acquisizione di prestazioni diagnostiche e specialistiche secondo il Modello Competitivo per il triennio 2026-2028 per gli ambiti territoriali di cui sopra e

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000, come modificati dalla L. 183/2011, di essere

legale rappresentante dell'Istituto privato accreditato _____

(specificare il nome completo della struttura)

sede legale in _____ Via _____

sede operativa (di erogazione delle prestazioni) in _____ Via _____

tel. _____

posta elettronica certificata _____

Partita iva/c.f. _____

Mail _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo, sollevando l'Amministrazione da responsabilità in caso di mancata o tardiva comunicazione.

DICHIARA INOLTRE

- che la struttura è in possesso sia degli atti autorizzativi che dei decreti di accreditamento istituzionale (entrambe in corso di validità) per le prestazioni che intende mettere nell'offerta. In tal senso queste evidenze sono riepilogate sinteticamente nel modulo **Allegato 3 "Scheda relativa allo stato di autorizzazione e accreditamento della struttura sanitaria"**, di cui comunque si allega sia copia dell'autorizzazione/i sia copia del decreto/i di accreditamento ultimo rilascio/conferma (in formato pdf)
- di aver nominato con atto n _____ del _____ il dr./dr.ssa _____ in qualità di D.P.O. Data Protection Officer (responsabile della protezione dei dati personali) i cui dati di contatti sono: telefono _____ cellulare _____ email _____ Pec _____;
- che presso la sede operativa della struttura saranno erogate le prestazioni indicate nella tabella di offerta trasmessa in allegato alla presente istanza **Allegato 2 "Elenco Prestazioni Offerte (Catalogo 4.5)"** (tabella che viene restituita sia in formato pdf che in formato excel);
- di garantire le prestazioni offerte secondo quanto stabilito dagli ambiti di garanzia;
- di avere la propria sede di erogazione presso una o più zone afferenti alla Azienda Asl Toscana Nord Ovest (barrare la/le zone ove presente la sede):
 - ☐ LUNIGIANA
 - ☐ APUANE
 - ☐ VERSILIA
 - ☐ PIANA DI LUCCA
 - ☐ VALLE DEL SERCHIO
 - ☐ PISANA
 - ☐ ALTA VAL DI CECINA/VALDERA
 - ☐ LIVORNESE
 - ☐ BASSA VAL DI CECINA/VAL DI CORNIA (VALLI ETRUSCHE)
 - ☐ ELBA
- **di aver preso visione ed accettare tutte le condizioni del presente avviso, in particolare:**
 1. in riferimento alle prestazioni diagnostiche, se oggetto delle prestazioni offerte, di garantire il possesso dei requisiti di seguito riportati:
 - Per le prestazioni TC macchine minimo 16 strati-spessori 0.6 che possono effettuare:
 - studio trifasico fegato e parenchimi
 - ricostruzione MPR vascolari
 - Per le prestazioni di ECOGRAFIA:
 - ecografia di ultima generazione ad alta risoluzione con sonde convex e lineari;
 - consegna al paziente di documentazione iconografica della prestazione eseguita
 - Per le prestazioni RM:
 - macchinario alto campo almeno 1,5 T
 - possibilità di esecuzione sequenze in diffusione neuro e body con parametro b almeno 1000

- sequenze angio-RM arteriosa e venosa
 - sequenze colangio-RM
 - studio addome con sequenze rapide in assenza di respiro
 - bobine dedicate body, neuro e osteoarticolare
 - minimo spessore di strato 1,5 mm
 - sequenze volumetriche isotropiche encefalo con e senza mdc
 - sequenze volumetriche multifasiche addome e pelvi con mdc;
2. di accettare che le prestazioni saranno remunerate al costo di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale, approvato con Delibera RT n.1530 del 19-12-2024 e con Decreto RT n.11966 del 04-06-2025 (Catalogo 4.5), fatto salvo eventuali variazioni dell'attuale Nomenclatore che potrebbero intervenire, a seguito di disposizioni a livello nazionale o regionale, nel corso delle annualità di cui al presente Avviso.
 3. Di accettare che a queste tariffe verterà applicata la **percentuale di sconto pari a 0,5%** sia per le prestazioni ambulatoriali (compresa la prima visita), sia per le prestazioni diagnostiche compresa la diagnostica pesante (TAC/RMN);
 4. di accettare che i soggetti con i quali l'Azienda sottoscriverà accordo contrattuale concorreranno al budget complessivo a disposizione dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest in modo paritario con gli altri soggetti individuati (sulla base dell'ambito di garanzia di ciascuna prestazione o categoria di prestazioni previsto da normativa nazionale e regionale), tramite il sistema di prenotazione aziendale basato sulla libera scelta da parte del cittadino e senza limite minimo di prestazioni garantito;
 5. di accettare che i fabbisogni e le tipologie di prestazioni saranno da intendersi suscettibili di modifica su indicazione della Direzione Aziendale, in considerazione della rilevazione del fabbisogno e che la richiesta di offerta nel programma Agende potrà mutare, a seconda della variazione della domanda prescrittiva incidente sul territorio aziendale, oltre che del modello di erogazione diretta dei servizi da parte dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest;
 6. di accettare la conferma del sistema di apertura agende Modello Competitivo al fine di garantire un'offerta pienamente rispondente ai bisogni dei cittadini;
 7. di accettare che le prestazioni sono erogate in favore di pazienti residenti nell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest, o con domicilio sanitario, fatte salve le eccezioni stabilite dall'Azienda Usl;
 8. di garantire che le prestazioni offerte saranno erogate presso la struttura indicata nella domanda di partecipazione;
 9. di assicurare la capacità produttiva ed organizzativa per rispondere alla necessità dell'Azienda Usl;
 10. che il personale sanitario e assistenziale impegnato nelle attività oggetto dell'Avviso non si trova in situazioni di incompatibilità rispetto alla Legge n. 412/91 e alla Legge n. 662/96 (personale dipendente, convenzionato o comunque legato da rapporto lavorativo con il Servizio Sanitario Nazionale) oppure in condizioni di incompatibilità anche ai sensi dell'art. 53, comma, 16-ter del D.Lgs.vo n. 165/2001 per il personale posto in quiescenza dall'Azienda Usl negli ultimi 3 anni;
 11. di impegnarsi ad inviare elenco del personale in servizio presso la Struttura con il conseguente aggiornamento periodico, consapevole che il mancato invio comporta la non emissione degli ordini NSO. In particolare dovrà risultare dall'elenco per ogni unità di personale, il codice fiscale, la qualifica, la mansione svolta, l'impegno orario settimanale, il tipo di contratto applicato e in generale una tabella riepilogativa sulla dotazione organica di personale medico, laureato sanitario, tecnico, infermieristico ed amministrativo operante presso la struttura; il primo elenco dovrà essere fornito all'atto della sottoscrizione dell'Accordo fra le Parti;
 12. di garantire il possesso di idonea polizza assicurativa a copertura dei rischi inerenti l'attività svolta per conto dell'Azienda Usl con mezzi, strumenti e personale propri della struttura, nonché polizza assicurativa per responsabilità civile per danni arrecati a cose e/o persone, anche in caso di rivalsa da parte dell'Azienda, con idoneo massimale e copertura da mantenere per almeno 10 anni;
 13. di garantire la disponibilità ad inviare copia della documentazione clinica delle prestazioni erogate in formato elettronico alla struttura dell'Azienda Usl Toscana

- Nord Ovest di riferimento, ai fini dei controlli di tipo amministrativo e relativi alla qualità tecnica e medica delle prestazioni eseguite;
14. di garantire una stretta collaborazione con i Servizi dell'Azienda Usl per quanta riguarda le prestazioni di diagnostica e di specialistica oggetto dell'avviso;
 15. di impegnarsi a presentare, all'atto di sottoscrizione dell'accordo, eventuale ulteriore documentazione richiesta dalla USL Toscana Nord Ovest, ove necessario;
 16. l'assenza di condanne penali o misure di prevenzione o sicurezza per reati contro il patrimonio, la Pubblica Amministrazione, o per reati di tipo mafioso sulla base della normativa vigente;
 17. di prendere atto che, a seguito del controllo effettuato dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest su quanto dichiarato al precedente punto, in caso di non veridicità il contratto sottoscritto sarà soggetto a risoluzione;
 18. di prendere atto che l'Azienda Usl si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di modificare, sospendere o revocare il presente Avviso, qualora ricorrano motivi di pubblico interesse o disposizioni di legge, senza che in capo alla stessa sorga alcun obbligo specifico in ordine alla prosecuzione dell'attività negoziale;
 19. di essere consapevole che la presente manifestazione di interesse non costituisce necessariamente impegno per l'Azienda Usl di instaurazione di futuri accordi contrattuali.

Il sottoscritto _____, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che ogni dichiarazione resa risponde a verità. A tal fine allega **copia di valido documento di identità** ai sensi degli artt. 38, 45 e 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

Autorizzo la USL Toscana Nord Ovest al trattamento dei dati forniti e alla trasmissione dei medesimi a Regione Toscana ed ad eventuali terzi per le finalità del presente procedimento.

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo Privacy n° 679 del 27 aprile 2016, i dati forniti dall'interessato saranno raccolti presso le strutture organizzative competenti dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest per le finalità dell'eventuale instaurazione del rapporto e saranno trattati presso una banca dati eventualmente automatizzata anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è obbligatorio. Le medesime informazioni potranno essere comunicate ad altre amministrazioni pubbliche, ovvero a soggetti pubblici o privati, nel rispetto della normativa vigente. L'interessato gode dei diritti di cui alla vigente normativa tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano, nonché alcuni diritti complementari tra cui quello di far rettificare i dati erranei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché ancora quello di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'AZIENDA USL Toscana Nord Ovest.

Chiedo che ogni comunicazione inerente il presente procedimento sia inviata al seguente indirizzo:

PEC _____

Si riepilogano gli allegati richiesti

- Il presente All. 1 - Schema di domanda (compilata e sottoscritta) in formato pdf;
- All. 2 - Elenco prestazioni offerte (Catalogo 4.5) (compilata e sottoscritta) barrando con una X le scelte e restituendo il file sia in formato pdf che editabile (xls o ods);
- All. 3 - Scheda relativa allo stato di autorizzazione e accreditamento della struttura sanitaria (compilata e sottoscritta) in formato pdf;
- Copia dell'autorizzazione/i + decreto/i di accreditamento ultimo rilascio/conferma (in formato pdf);

- Visura camerale aggiornata alla data di presentazione della manifestazione di interesse (o in caso di enti del terzo settore l'iscrizione al R.U.N.T.S) (in formato pdf);
- Copia di un documento in corso di validità (non richiesto qualora la presenta domanda sia sottoscritta con firma digitale qualificata (pdf pades o p7m cades).

Il sottoscritto _____ legale rappresentante/procuratore della struttura, ai sensi di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 come modificato dalla L. 183/2011, consapevole delle conseguenze derivanti in caso di rilascio di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che tutto quanto attestato sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma del legale rappresentante _____

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: CORRADO BENVENUTO

DATA FIRMA: 01/07/2025 11:23:42

IMPRONTA: 64373432363730313562316235623161313236313261643737303538323661333761303263383838