

Azienda sanitaria locale 'TO2'

Bando per l'ammissione alla graduatoria, valida per il triennio 2017 - 2019, per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 39-14910 del 28.02.2005 e s.m.i..

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE**

Azienda Sanitaria Locale TO2

Costituita con D.P.G.R. n. 81 del 17.12.2007

Codice Fiscale/ Partita Iva 09737190018

Sede legale: c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO

☎ 011/4393111

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale n. _____ del _____ è indetto:

Bando per l'ammissione alla graduatoria, valida per il triennio 2017 - 2019, per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione di quanto previsto dalla DGR n. 39-14910 del 28.02.2005 e s.m.i..

Nell'ambito degli obiettivi di salute stabiliti per il servizio Odontoprotesico Regionale ed in esecuzione della succitata DGR, l'ASL TO 2 invita i Laboratori Odontotecnici/Odontoprotesici interessati, in possesso dei requisiti previsti ed indicati al successivo paragrafo, a presentare domanda di ammissione alla graduatoria, finalizzata alla individuazione dei Laboratori da convenzionare per la fornitura di manufatti protesici in favore di cittadini utenti, secondo le norme stabilite dalla Regione Piemonte.

Il numero dei laboratori da convenzionare è definito in misura pari a 6 laboratori per l'ASL TO 2 e di 8 laboratori per l'ASL TO 1. La graduatoria verrà utilizzata per entrambi le Aziende; qualora le medesime dovessero risultare giuridicamente costituite in un'unica Azienda dall'1.01.2017, il numero dei laboratori da convenzionare verrà definito contestualmente all'approvazione della graduatoria.

Al fine di consentire un'adeguata rotazione dei Laboratori e garantire equilibri dei fatturati in relazione ai budget pari a **€ 90.000,00** nel triennio che verranno assegnati ai medesimi, nell'arco del triennio di validità della graduatoria si procederà a scorrimento della stessa per l'attivazione di eventuali ulteriori Convenzioni.

REQUISITI RICHIESTI

I Laboratori Odontotecnici/Odontoprotesici che aspirano all'inserimento nella graduatoria aziendale per il triennio 2017-2019 dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- **Iscrizione alla Camera di Commercio, Industria e Artigianato**
- **Autorizzazione Comunale all'esercizio dell'attività**
- **D.U.R.C.**
- **Registrazione al Ministero della Salute**
- **Regolare conseguimento crediti ECM**

- **Requisiti tecnici, umani e strumentali di cui all'Allegato RC/1 alla DGR n. 39-14910 del 28.02.2005**

I requisiti prescritti devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di ammissione.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE: TERMINI E MODALITA'

Le domande di ammissione alla graduatoria unica per entrambe le AA.SS.LL., redatte in carta semplice, secondo il modello allegato (Modello D), devono essere indirizzate **a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento** come segue:

ASL TO2 - Ufficio Protocollo – Corso Svizzera, 164 - 10149 Torino

o in alternativa inviare con posta certificata esclusivamente in formato .pdf all'indirizzo: ufficio.protocollo@cert.aslto2.piemonte.it

entro le ore 12,00 del ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

Qualora la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine di presentazione si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.

L' A.S.L. declina ogni responsabilità per lo smarrimento di comunicazioni dipendenti da inesatte o non chiare indicazioni del recapito da parte dell'aspirante o da mancata oppure tardiva segnalazione del cambio di indirizzo indicato nella domanda, o per eventuali disguidi postali non imputabili a colpa dell'Azienda.

I Titolari o i Legali Rappresentanti dei laboratori odontotecnici, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa Regionale, al fine di poter accedere alla procedura per la stipulazione della convenzione con l'ASL TO2, devono farne richiesta utilizzando l'apposito fac-simile di domanda (**Modello D**).

Al fine di documentare i requisiti tecnici, umani e strumentali così come prescritti dalla succitata DGR, devono compilare anche i **Modelli A, B e C**, allegati allo schema di domanda.

Il testo integrale del bando comprendente la suddetta modulistica è scaricabile dal sito Web dell'ASL TO2 al seguente indirizzo internet: www.aslto2.piemonte.it sezione "Bandi di Gara/Concorsi".

Ai sensi dell'art. 39 del DPR 28.12.2000, n. 445, la firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione e deve essere presentata unitamente a copia fotostatica di documento di identità personale in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del DPR 28.12.2000, n. 445.

E' obbligatorio allegare fotocopia di un documento d'identità del Legale Rappresentante, in corso di validità.

La data di spedizione è comprovata dal timbro a data dell'ufficio postale accettante.

Con la partecipazione alla selezione è implicita da parte degli aspiranti l'accettazione, senza riserve, di tutte le prescrizioni del presente bando.

Le dichiarazioni (secondo il modello allegato) contenute nel curriculum saranno considerate valide autocertificazioni soltanto qualora contengano tutti gli elementi relativi a modalità e tempi dell'attività espletata. Gli aspiranti potranno, comunque, presentare, ove lo ritengano opportuno, anche adeguata documentazione, in originale o copia autenticata, attestante le dichiarazioni suddette.

Non saranno valutati titoli presentati oltre il termine di scadenza del presente bando, né saranno presi in considerazione documenti in copia non autenticata o non autocertificati ai sensi di legge.

Ai sensi di quanto previsto nell'Allegato 1) alla D.G.R. 28.02.2005 n. 39-14910, **non saranno ammessi alla graduatoria e alla convenzione laboratori odontotecnici in cui operino o siano cointeressati, a qualunque titolo, soggetti legati al SSN da rapporto convenzionale o di impiego o che comunque svolgano la loro attività in altre strutture convenzionate/accreditate con il SSN.**

Per l'ammissione, il Legale Rappresentante o il Titolare del Laboratorio deve dichiarare nella domanda:

- cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza;
- ragione sociale e sede Legale e operativa del Laboratorio
- il domicilio, il recapito telefonico e/o indirizzo di posta elettronica presso il quale deve essere loro fatta ogni comunicazione relativa alla selezione.

Alla domanda i candidati dovranno allegare, **pena esclusione**:

- curriculum formativo e professionale redatto in carta semplice, datato e firmato, secondo le indicazioni di cui al modello di domanda (Modello D);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione, secondo il modello allegato (Modello A);
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Modelli B e C);
- copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- elenco, in duplice copia, dei documenti allegati.

Ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, i dati forniti dai candidati saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili – amministrativi.

VALUTAZIONE DELLE DOMANDE E FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA

La valutazione delle domande degli Laboratori aspiranti alla convenzione sarà effettuata da apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale, applicando i criteri di cui all'Allegato RC/1 alla D.G.R. n. 39 – 14910 del 28.02.2005.

La Commissione dispone di **100 punti** complessivi così assegnabili:

A. Sono assegnabili fino a **50 punti** per i titoli;

B. Sono assegnabili fino a **50 punti** per la valutazione effettuata dai medici specialisti sui laboratori con convenzione già operativa (tale valore verrà espresso in termini di media ponderale nel caso di più valutazioni sullo stesso laboratorio secondo la formula riportata in calce.)

Ai laboratori non ancora convenzionati viene attribuito un valore di ingresso di **37,5** punti pari ai $\frac{3}{4}$ del punteggio massimo della categoria considerata.

A. VALUTAZIONE TITOLI (max 50 punti)

1. **Anzianità di iscrizione alla CCIAA (massimo 12 punti – 1,2 punti all'anno – 0,1 punti al mese o frazione di 16 giorni o più).**

2. **Competenza territoriale (massimo 12 punti**, così assegnati: 12 punti se il laboratorio è sito sul territorio della Città di Torino, 10 punti se sito in Comune della Provincia di Torino, 6 punti in altre Province della regione Piemonte, 2 punti in altre Regioni).

3. **Attrezzature (massimo 16 punti** di cui: 10 punti se tutte le lavorazioni del Nomenclatore Protesi Dentali – Parte 1° - Protesi Standard vengono realizzate dal laboratorio in proprio; 7 punti se il laboratorio affida a collaboratori esterni la fusione di protesi scheletrate in cromo-cobalto; ulteriori 6 punti se il laboratorio è in possesso dei requisiti per la realizzazione di manufatti indicati nel Nomenclatore Protesi Dentali – Parte 2° - Protesi speciali).

4. **Partecipazione (massimo 10 punti**, con valutazione massima di 2 punti per attività) a corsi, esperienze e collaborazioni professionali documentate funzionali al miglioramento del servizio o a progetti specifici di in collaborazione con le ASL su valutazione della commissione.

B. VALUTAZIONE MEDIA PONDERALE su LABORATORI GIA' IN CONVENZIONE (max 50 punti)

Si indicano con a, b, c, etc. i vari specialisti esprimenti il giudizio.

Con Pa, Pb, Pc etc. i punteggi espressi dagli specialisti suindicati; con La, Lb, Lc, etc il totale delle lavorazioni affidate da ciascun specialista al laboratorio durante il periodo di valutazione. La media ponderale MP verrà espressa dalla seguente formula:

$$(Pa \times La) + (Pb \times Lb) + (Pc \times Lc) + \dots$$

$$MP = \frac{\dots}{(La + Lb + Lc + \dots)}$$

I laboratori utilmente collocati in graduatoria, prima di essere convenzionati, saranno sottoposti a sopralluogo da parte della Commissione per verificare che quanto dichiarato nella domanda corrisponda al vero.

Se emergessero discordanze, il Laboratorio sarà escluso dalla graduatoria e - ferme restando le conseguenze previste dagli art. 76 e 77 del DPR 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci rese ad una Pubblica Amministrazione - risulterà idoneo al convenzionamento quello successivo nella relativa graduatoria, previo esito positivo del sopralluogo.

La graduatoria avrà validità a far data dal **01.01.2017 sino al 31.12.2019**.

Le convenzioni con i singoli Laboratori dichiarati funzionalmente idonei a seguito dei previsti sopralluoghi tecnici verranno stipulate secondo l'ordine di graduatoria e avranno validità triennale, fatta salva la risoluzione anticipata in caso di anticipato raggiungimento del fatturato corrispondente al budget assegnato pari a **€ 90.000,00=** nel triennio, verificato attraverso apposito monitoraggio trimestrale. In tal caso si procederà a nuovi convenzionamenti secondo l'ordine di graduatoria, scadenti comunque non oltre il 31.12.2019.

L'ASL TO2 si riserva la facoltà di annullare, revocare, sospendere, prorogare o modificare il presente bando o parte di esso, qualora ne rilevasse l'opportunità o la necessità a suo insindacabile giudizio, senza che i partecipanti possano avanzare pretese di sorta.

Il Direttore Generale
Dr. Valerio Fabio ALBERTI

Allegato



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale TO2
Costituita con D.P.G.R. n. 81 del 17.12.2007
Sede legale: c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO
☎ 011/4393111

AL DIRETTORE GENERALE ASL TO2
Ufficio Protocollo
Corso Svizzera, 164
10149 – TORINO
Pec:
ufficio.protocollo@cert.aslto2.piemonte.it

Domanda di ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria 2017-2019.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

C.F. ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____, residente a _____,

Via _____ in qualità di :

- Legale Rappresentante
 Titolare

del Laboratorio odontotecnico _____
(ragione sociale)

Con Sede in _____ Via _____

CAP _____ Partita Iva _____

Recapito telefonico _____ e-mail PEC _____

Altra e-mail _____

Chiede di essere ammesso alla graduatoria in oggetto e sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- Di essere in possesso di tutti i requisiti di ammissione previsti nel bando
 Di accettare senza riserve le prescrizioni del Bando di ammissione alla graduatoria in oggetto.

Domicilio, numero telefonico e e-mail presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa alla selezione:

Via _____ n. _____ Cap. _____

Comune di _____ Prov. _____ Cell/Tel: _____

E-mail: _____

Allega alla domanda:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione (Modello A)
2. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (Modello B) dichiarazione DPS (Modello C)
3. curricula formativi- professionali, completi di titoli di studio, elenco crediti ECM annuali, master, etc conseguiti dal Titolare, soci, dipendenti e collaboratori interni, datati e firmati
4. copia di un documento di identità, o di documento di riconoscimento equipollente, in corso di validità del dichiarante
5. elenco in duplice copia dei documenti presentati

Luogo e data _____ Timbro del Laboratorio e firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(artt.38 e 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
 Legale Rappresentante /Titolare del Laboratorio Odontotecnico

con riferimento alla domanda di ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria 2017-2019.

con scadenza il _____

DICHIARA

- che il Laboratorio Odontotecnico che rappresenta è regolarmente iscritto alla C.C.I.A. di _____ dal _____ (gg/mm/aa)
- di essere in possesso dell'Autorizzazione Comunale all'esercizio dell'Attività n° _____ del _____ Comune di _____
- di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali verificabili presso Ufficio INPS di _____, Ufficio INAIL di _____ e verificabili con D.U.R.C.
- di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, verificabili presso Equitalia
- di essere in possesso di regolare Registrazione al Ministero della Salute, n° _____ del _____
- del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____ presso _____ del comune di _____ con la votazione di _____
- di essere convenzionato con le ASR dal _____

Allega curriculum formativo professionale datato e firmato, completo delle indicazioni indicate nel modello D.

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni penali che, a norma dell'art.76 del DPR n. 445/2000, l'art. 483 del Codice Penale prevede in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti.

Torino, li _____

Il Dichiarante _____
(firma per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza, si evidenzia che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili e amministrativi relativi all'incarico convenzionato. In assenza del conferimento dei Suoi dati la pratica non potrebbe avere corso regolare.



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale TO2
Costituita con D.P.G.R. n. 81 del 17.12.2007
Sede legale: c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO
☎ 011/4393111

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 e Art.38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
esente da bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di
Legale Rappresentante /Titolare del Laboratorio Odontotecnico

con riferimento alla domanda di ammissione alla Graduatoria per il convenzionamento di Laboratori Odontoprotesici, in applicazione della D.G.R. n. 39-14910 del 28.02.2005. Graduatoria 2017-2019.

con scadenza il _____

DICHIARA

che le copie dei seguenti documenti, allegata alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

detenuti in proprio possesso e conservati presso il laboratorio

DICHIARA ALTRESI'

Ragione sociale del laboratorio: _____

Sede operativa _____

e-mail _____ tel. _____

fax _____

titolari o soci operanti nell'azienda (compreso il dichiarante) per ciascuno specificare e allegare curriculum:

(cognome)

(nome)

(qualifica/mansioni)

Dipendenti operanti nell'Azienda per ciascuno specificare e allegare curriculum:

(cognome)

(nome)

(qualifica/mansioni)

Collaboratori interni operanti nell'Azienda per ciascuno specificare e allegare curriculum:

(cognome)

(nome)

(qualifica/mansioni)

Le eventuali collaborazioni esterne, che devono limitarsi alla lavorazione di scheletrati in cromo cobalto, devono essere certificate con idonea documentazione attestante il possesso da parte del collaboratore dei requisiti e delle risorse necessarie all'attività affidata, secondo le norme della collaborazione o del contratto d'opera. In particolare, si specificano i seguenti dati:

- _____ (cognome) _____ (nome)

(cod. fiscale)

_____ (ragione sociale) _____ (indirizzo completo sede operativa)

(partita IVA)

- _____ (cognome) _____ (nome)

(cod. fiscale)

_____ (ragione sociale) _____ (indirizzo completo sede operativa)

(partita IVA)

Elenco attrezzature in possesso e in uso al laboratorio utilizzate per la fabbricazione dei dispositivi protesici:

Descrizione	Marca	Matricola	Acquistato il

In merito alle metodologie costruttive e al controllo della qualità **dichiara** di essere in possesso e di produrre in sede di sopralluogo, pena l'esclusione dalla selezione (apporre una X sulle voci scelte):

- protocolli costruttivi adottati dal laboratorio
- elenco dei materiali completo della classificazione ISO e/o DIN di normale uso nella produzione delle protesi di cui alla DGR 39-14910
- protocolli interni per la verifica di rispondenza qualitativa alle procedure costruttive ed alla prescrizione sanitaria
- protocolli per la verifica delle apparecchiature, per l'aggiornamento dei materiali d'uso e per la verifica periodica della qualità.

In merito alla fornitura di protesi di cui al nomenclatore protesi dentali parte 2° - protesi speciali **dichiara** (apporre una X sulle voci scelte):

- di essere in possesso delle risorse e delle capacità necessarie alla realizzazione in proprio, senza l'ausilio di collaborazioni esterne delle seguenti protesi speciali:

_____;

_____;

_____;

_____;

DICHIARA di essere in possesso di diplomi o attestati comprovanti la preparazione professionale per la realizzazione di manufatti ortodontici (protesi ortodontiche per bambini);

In merito alla normativa CEE sui dispositivi medici – dispositivi dentali su misura – espressamente:

DICHIARA

Di operare nel pieno rispetto degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico dalla direttiva CEE 93/42, recepita con D.Lgs. 24/02/97 n. 46 e sue successive modificazioni e integrazioni.

data _____ firma del dichiarante _____

IN MERITO ALLA ASSENZA DI FATTI O SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI inoltre

DICHIARA

che presso il proprio laboratorio **operano/ non operano** (*) e **sono /non sono** cointeressate (*) persone legate al SSN da rapporto convenzionale o di impiego, o che comunque svolgono la loro attività in altre strutture convenzionate/accreditate con il SSN, con compiti gestionali e/o di rappresentanza, e di operare nel pieno degli adempimenti previsti, per il settore odontotecnico, dalla Direttiva CEE 93/42, recepita con D.lgs. 24/02/1997 n. 46 e sue successive modificazioni ed integrazioni.

() cancellare la voce che non ricorre*

Ai sensi dell'art. 38 DPR 28/12/2000 le sopraesposte dichiarazioni sono sottoscritte e inviate unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore all'ufficio competente a mezzo RACCOMANDATA A.R. o tramite PEC all'indirizzo di cui allo schema di domanda.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R.445/2000.

Luogo e data _____ firma del dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 30 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza, si evidenzia che i dati forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso gli uffici aziendali per le finalità di gestione della selezione e potranno essere trattati successivamente per tutti gli aspetti contabili e amministrativi relativi all'incarico convenzionato. In assenza del conferimento dei Suoi dati la pratica non potrebbe avere corso regolare.

**IN MERITO ALL'APPLICAZIONE DEL D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Il consenso viene recepito dall'ASL per ogni singolo paziente. Il Laboratorio si impegna a fornire "nota informativa" sul trattamento dei dati, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto odontoprotesico. Nel caso il Laboratorio utilizzi strumenti diversi da quello cartaceo fornito dall'ASL, dovrà raccogliere autonomamente un ulteriore consenso informato dal paziente. La tempistica è quella prevista per tutti gli altri oggetti interessati al provvedimento. A partire dal 1° aprile 2006, l'utilizzazione di sistemi diversi di conservazione del documento cartaceo fornito dall'ASL dovrà essere dichiarato all'atto del convenzionamento. Anche i Laboratori già convenzionati dovranno produrre il DPS (documento programmatico per la sicurezza dei trattamenti dei dati personali) e l'ASL potrà procedere alla relativa verifica, ai sensi dell'art. 10, aal 1), D.G.R. n. 39-14910 del 28 febbraio 2005.

DICHIARA

- Di produrre il DPS (documento programmatico per la sicurezza dei trattamenti dei dati personali)
- Di fornire modulo "nota informativa" sul trattamento dei dati richiesti, contestualmente alla consegna della fattura relativa al manufatto protesico.

Luogo e data _____

firma del dichiarante _____

Ai sensi dell'art. 38 DPR 28/12/2000 le sopraesposte dichiarazioni sono sottoscritte e inviate unitamente ad una copia fotostatica, non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore all'ufficio competente a mezzo RACCOMANDATA A.R. o tramite PEC all'indirizzo di cui allo schema di domanda.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196: i dati soprariportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.