



Azienda Sanitaria Unica Regionale
Via Caduti del Lavoro 40 - 60131 Ancona.

AVVISO PUBBLICO

PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL CONVENZIONAMENTO PER IL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO E PREVALENTEMENTE SANITARIO

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), in unione con l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" (AORMN), intende procedere all'affidamento, mediante convenzione, del servizio di trasporto sanitario e prevalentemente sanitario, come definito dall'art. 10-bis della L.R. Marche n. 36/1998 e s.m.i. e dalla DGRM del 2 marzo 2012, n. 292. Il convenzionamento potrà essere attivato con la Croce Rossa Italiana, con le associazioni di volontariato di pubblica assistenza aderenti all'A.N.P.A.S., con le Confraternite della Misericordia, con la MPA delle Marche e le altre associazioni di volontariato, ai sensi dell'art. 9 della DGRM n. 292/2012, in possesso dei seguenti requisiti:

- per le associazioni di volontariato, iscrizione nel registro del volontariato, ai sensi dell'art. 7 della L.R. Marche n. 36/1998 e s.m.i.;
- autorizzazione all'attività di trasporto sanitario, ai sensi della DGRM n. 436/2002 e n. 793/2002, nelle more dei provvedimenti di autorizzazione ed accreditamento, di cui alla DGRM n. 827 del 04/06/2013, in attuazione di quanto previsto agli artt. 9, comma 2, 26 e 26-bis della L.R. n. 36/1998.

La tipologia di servizi oggetto della convenzione riguardano:

- i trasporti sanitari effettuati in regime di emergenza urgenza;
- i trasporti sanitari ordinari.

Ciascun soggetto che abbia interesse al convenzionamento per il servizio di trasporto sanitario, dovrà presentare istanza, secondo lo schema allegato, entro il termine delle ore 13:00 del 14/03/2016, indirizzata all'ASUR - Via Caduti del Lavoro 40 - 60131 ANCONA - PEC: asur@emarche.it, nella quale dovrà essere indicato, tra l'altro:

- l'Area Vasta di riferimento per il convenzionamento;
- per le associazioni di volontariato, il numero di iscrizione nel registro del volontariato della Regione Marche, ai sensi dell'art. 7 della L.R. Marche n. 36/1998 e s.m.i.;
- gli estremi del provvedimento di autorizzazione e, qualora rilasciato, del provvedimento di accreditamento per il servizio di trasporto sanitario nella Regione Marche.

Con successiva comunicazione, si procederà all'interpello dei soggetti che hanno manifestato interesse al convenzionamento, per definire la tipologia e quantità dei trasporti oggetto di convenzione e gli importi previsti a titolo di rimborso spese.

Il convenzionamento potrà essere attivato con uno o più soggetti, ai sensi dell'art. 10-bis, comma 4, lettera a) della L.R. n. 36/1998 e s.m.i. e dell'art. 22 della DGRM 292/2012, considerando criterio preferenziale la disponibilità all'assorbimento dei lavoratori già utilizzati nell'esecuzione del servizio di trasporti sanitari.

Il presente interpello ha validità quinquennale, fermo restando che la convenzione sarà stipulata di volta in volta per durata annuale, ai sensi della DGRM n. 292/2012 (art. 18, comma 6), salve eventuali successive modificazioni.

Per il servizio prestato in forza della convenzione spetterà esclusivamente il rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentate, ai sensi dell'art. 22 della DGRM n. 292/2012, nel rispetto dei criteri definiti con determina ASURDG n. 900/2014, salvi eventuali successivi aggiornamenti, con erogazione di importi in acconto, salvo eventuale conguaglio finale, previa specifica rendicontazione e, comunque, nel rispetto del limite delle risorse complessive messe a disposizione dalla Regione Marche con deliberazione della G.R. n. 131/2014.

Per quanto non previsto nel presente avviso, si rinvia alla normativa vigente in materia, in particolare alla L.R. n. 36/1998 e s.m.i. e alla deliberazione della G.R. Marche n. 292/2012, fatti salvi eventuali successivi provvedimenti della Regione Marche.

Responsabile procedimento: dott. Orfeo Mazza - tel. 071.2911572 - PEC: asur@emarche.it

Ancona, lì 29/01/2016

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
Dott. Orfeo Mazza

FACSIMILE ISTANZA PER AFFIDAMENTO IN CONVENZIONE DEL SERVIZIO DI TRASPORTO SANITARIO E PREVALENTE-
MENTE SANITARIO

_____, lì _____

(Denominazione soggetto richiedente)

All'Azienda Sanitaria Unica Regionale
Area Acquisti e Logistica
via Caduti del Lavoro 40
60131 ANCONA
PEC: asur@emarche.it

OGGETTO: Istanza per l'affidamento in convenzione del servizio di trasporto sanitario e prevalentemente sanitario, ai sensi della L.R. Marche n. 36/1998 e s.m.i. e della DGRM n. 292/2012, per l'Azienda Sanitaria Unica Regionale e l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord".

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, codice fiscale _____, in qualità di _____ del/la _____
(¹), con sede in (indirizzo) _____ - (CAP) _____ - (località) _____ - telefono _____ - fax _____ - PEC _____ - email _____, avente titolo al rapporto convenzionale per il servizio di trasporto sanitario e prevalentemente sanitario, ai sensi dell'art. 10-bis della L.R. Marche n. 386/1998 e s.m.i. e dell'art. 9, comma 1 della DGRM n. 292/2012, comunica il proprio interesse alla stipula della convenzione e, pertanto, chiede di essere interpellato per l'affidamento del servizio in oggetto, secondo quanto previsto dalla normativa citata in oggetto o conseguente alla stessa.
A tale riguardo, relativamente all'Associazione/Ente sopra indicata/o, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, si dichiara quanto segue:

- di essere interessata/o al convenzionamento con l'Area Vasta n. ____ di _____, avendo sede nell'ambito territoriale di tale AV (*se del caso*) e con l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord";
- di avere attualmente in corso un rapporto di convenzione con l'Area Vasta n. ____ di _____, ai fini di quanto stabilito all'art. 9, comma 4 della DGRM n. 292/2012;
- (*se del caso*) di essere iscritta al n. ____ del registro di volontariato della Regione Marche, agli effetti di quanto previsto dall'art. 7 della L.R. Marche n. 36/1998 e s.m.i.;
- di essere stata autorizzata/o all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario con decreto n. ____ in data _____, emesso dal Dirigente del Servizio _____ della Regione Marche;
- (*se del caso*) di avere ottenuto l'accreditamento all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario per conto del servizio sanitario regionale con decreto n. ____ in data _____, emesso dal Dirigente del Servizio _____ della Regione Marche;
- di essere interessata/o all'affidamento del seguente servizio: (cancellare la parte che eventualmente non interessa) :
 - trasporti sanitari in regime di emergenza e urgenza (Potes);
 - trasporti sanitari ordinari;
- di accettare preventivamente, in caso di convenzionamento, tutte le modalità di esecuzione del servizio e le condizioni di rimborso spese stabilite dalla L.R. Marche n. 36/1998 s.m.i., dalla DGRM n. 292/2012 e dalla determina ASURDG n. 900/2014, nonché dagli ulteriori atti normativi conseguenti ad essa;
- (*altro, se del caso*) _____.

Ai fini della presente istanza, è eletto domicilio all'indirizzo e ai recapiti fax e PEC riportati nella premessa della presenza istanza oppure è eletto domicilio come segue:

(indirizzo) _____ - (CAP) _____ - (località) _____ - telefono _____ - fax _____ - PEC _____.

(qualifica, nome e firma del dichiarante)

La presente dichiarazione dovrà essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000.

¹ Indicare la tipologia di organizzazione e la denominazione specifica del richiedente il convenzionamento.