



Sede Legale
Viale Strasburgo n.233 90146 Palermo
Tel 0917801111 - P.I. 05841780827
Tel 091.7808333
Fax 091.7808394

001035975

Prot. n. _____

Palermo li, 27 MAG. 2016

SPETT.LE COMPAGNIA ASSICURATIVA

FAX _____

Oggetto: Polizza RC per la copertura assicurativa dello Studio MS WORD: Trattamento delle fistole perianali nella malattia di Crohn, resistenti al trattamento convenzionale, con cellule staminali midollari immunoselezionate con CD133.

- **Durata della Polizza Assicurativa mesi 36, pari alla durata dello studio clinico**
- **n. 7 pazienti testati, tasso di regolazione per eventuali pazienti in eccesso € 200,00 per paziente**
- **Base d'asta € 8.000,00 tasse incluse**
- **Massimale per singolo paziente € 1.000,000,00**
- **Massimale per protocollo € 5.000,000,00**
- **Franchigia nessuna**
- **Postuma anni 10**

N. CIG Z7819E27F5

E' intenzione di questa Azienda Ospedaliera procedere, ai sensi dell'art. 36 del D. Lgs. n. 50 del 18/04/2016, all'affidamento triennale per il servizio di copertura assicurativa per la a responsabilità civile di n. 2 Dirigenti Sanitari Responsabili dello studio MS WORD descritto in oggetto.

Più precisamente si tratta di studio clinico spontaneo di fase II, prospettico, non randomizzato, non controllato, in aperto, finalizzato al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria a fini non industriali, in accordo al D.M. 17/12/2004 (sperimentazione no-profit).

La copertura assicurativa richiesta deve garantire i predetti Dirigenti Sanitari:

1. dai danni derivanti dallo svolgimento della sperimentazione di formulazioni farmaceutiche, di pratiche e indagini terapeutiche e/o medical device, causati involontariamente alla salute dei pazienti testati e dai pregiudizi economici da essi derivanti;
2. dai danni causati in modo accidentale o per negligenza, imprudenza e imperizia, che si siano manifestati non oltre 36 mesi dal termine della sperimentazione e dalla validità della polizza, ai sensi del D M del 14/04/2009;
3. dai danni causati dal personale di cui l'Assicurato debba rispondere;
4. anche le istituzioni sanitarie in cui si svolge la sperimentazione, (il comitato etico, gli operatori preposti al monitoraggio, i promotori della sperimentazione/sponsor, llo sperimentatore e i suoi collaboratori);
5. dai danni che, nei termini stabiliti dalla legge 211/2003, dal D.M. 14/07/2009 e successivi Decreti di attuazione, siano conseguenza del trattamento con la formulazione farmaceutica e/o medical device e/o della pratica e/o indagine terapeutica, impiegata nella sperimentazione autorizzata o delle misure terapeutiche o diagnostiche adottate per la realizzazione della sperimentazione.

La compagnia assicuratrice partecipante dovrà inviare, entro la scadenza prefissata nella presente lettera di invito, all'indirizzo in intestazione quanto segue:

BUSTA N.1 DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

1. Allegato B debitamente compilato

BUSTA N. 2 DOCUMENTAZIONE TECNICA

L'offerta tecnica.

BUSTA N: 3 OFFERTA ECONOMICA

Offerta economica dettagliata nei modi di legge.

Sul frontalino della busta, intestata alla compagnia concorrente, dovrà essere scritta in evidenza la dicitura: “PROCEDURA NEGOZIATA PER L’AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI COPERTURA ASSICURATIVA PER LA RESPONSABILITA’ CIVILE DEI DIRIGENTI SANITARI RESPONSABILI DELLO STUDIO MS WORD” e il nominativo dell’offerente, la medesima deve pervenire entro le ore 12:00 del 15/06/2016 presso l’Ufficio Protocollo dell’Azienda Ospedaliera “Ospedaliera Villa Sofia-Cervello” – Viale Strasburgo 233 – 90146 PALERMO.

Oltre detto termine non sarà valida alcuna offerta anche se sostitutiva o aggiuntiva di offerta precedente.

Le offerte redatte in modo imperfetto, o contenenti comunque condizioni aleatorie e/o indeterminate non verranno accettate e saranno considerate nulle.

Il prezzo indicato nell’offerta dovrà rimanere fisso ed invariabile.

Alla compagnia assicuratrice aggiudicataria verrà corrisposto il prezzo indicato in sede di gara.

L’importo della polizza comprensivo di tassazione viene pagato tramite la Tesoreria dell’Azienda, nei termini e modi prescritti dalla normativa vigente, trascorsi 60gg. dalla decorrenza della stessa .

In caso di ritardo nei pagamenti, viene indicato, a titolo di proposta contrattuale, un tasso di mora in misura pari al tasso BCE stabilito semestralmente e pubblicato con comunicazione del Ministero dell’Economia e delle Finanze sulla GURI, secondo quanto previsto dall’art. 5 del D.Lgs. 231 del 9 ottobre 2002, maggiorato di un punto percentuale.

Si comunica che le contestazioni formalizzate inibiscono, fino a completa definizione, il diritto al pagamento della polizza.

L’Azienda, inoltre, fa divieto di ricorrere alla cessione del credito.

La polizza di che trattasi dovrà essere intestata a:

AZIENDA OSPEDALIERA “OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO” – PALERMO – Viale Strasburgo 233 – 90146 PALERMO P.I. 05841780827.

Il pagamento sarà effettuato:

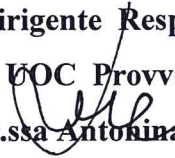
- con versamento su c/c postale o bancario;
- con mandato di riscossione nominativo.

La compagnia assicuratrice dovrà comunicare, contestualmente alla trasmissione della polizza, la modalità di pagamento prescelta a firma del legale rappresentante.

Il presente invito non costituisce impegno per questa Azienda all’aggiudicazione definitiva di quanto oggetto della procedura cui si dà avvio.

La gara sarà ritenuta valida anche nel caso sia presentata una sola offerta.

Per eventuali chiarimenti codesta rispettabile ditta potrà rivolgersi all'U.O.C. Provveditorato dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello" (Dr.ssa Carmela Fazio e mail carmela.fazio@villasofia.it, antonella.lupo@villasofia.it).

Il Dirigente Responsabile
dell' UOC Provveditorato

Dr.ssa Antonina Lupo